

MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o progresso da Cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

L. LVII

São Paulo, Abril de 1949

N.º 4

Sumário:

	Págs.
O processo da tunelização no tratamento da varicocele — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	265
Estudo crítico das unidades em uso para as dosagens de radon e demais substâncias radioativas — Prof. L. CENTRA DO PRADO.....	273
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Oto-rino-laringologia.....	280
Neuro-psiquiatria.....	296
Obstetrícia e Ginecologia.....	306
Pediatria.....	310
Sociedade Paulista de Leprologia.....	320
Santa Casa de Misericórdia.....	324
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	325
Outras sociedades.....	326
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	329
Vida Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	320
Concurso de monografias sobre a lepra.....	332
Pênfigo foliaceo.....	332
Legião Brasileira de Assistência.....	333
Sociedade Médica São Lucas.....	333
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas.....	333
Associação de Medicina e Cirurgia de Rio Claro.....	334
Necrológio: Dr. José Barbosa de Barros.....	334
Congressos Médicos:	
IV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.....	336
Assuntos de atualidade:	
Tratamento das úlceras gastro-duodenais.....	336
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	337

COLICLASE

COLICLASE é um derivado do sulfatiazol: representa uma combinação equimolecular entre o sulfatiazol e um ácido aromático bibásico e é preparada por síntese na Secção de Química do Laboratório Paulista de Biologia.

As indicações clínicas do **COLICLASE** são: disenteria bacilar, aguda e crônica, infecções das vias urinárias pelo colibacilo, colite ulcerativa e como antiséptico intestinal.

COLICLASE, é apresentado em tubo com 20 comprimidos com 0,50 c de substância ativa por comprimido, tomando-se 10 compr. no primeiro dia, 3 a 6 nos subsequentes, dividindo-se a dose diária em 3 a 4 partes iguais. Para a cirurgia ano-retal, a administração é iniciada 48 horas antes da intervenção e para a do intestino grosso, 3 a 5 dias antes.

VITAMINA K

injetavel e em cristais

Pré e post-operatório, icterícias, doenças hemorrágicas dos recém-nascidos, hemorragias dos hepáticos, estase biliar, fistula biliar, perturbações intestinais que impedem a absorção das gorduras e outros estados de hipoprotrombinemia.

Cada ampola contém 3,82 mg de menadion-bissulfito de sódio, correspondentes à 4.000 Unidades Doisy e à 60.000 Unidades Dam.

1 ampola por dia, pelas vias endovenosa, intramuscular ou subcutânea.

Caixa com 6 ampolas de 2 cm³.

Em cristais, vidros de 10, 50 e 100 g.

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.
Cxa. Postal, 86-B — RUA SÃO LUIZ, 161 — Tel. 4-5106
SÃO PAULO

M

Ru

Ass

Vo

pr
ca
sô
tê
no
e

ex
(V
19
do
Ca
o

un
qu
un

ju
fo
B
ce

ci

de

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LVII

ABRIL DE 1949

N.º 4

O processo da tunelização no tratamento da varicocele *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Vem despertando interesse o tratamento da varicocele pelo processo da tunelização por nós proposto em 1936 e que já aplicamos, com sucesso, em cerca de duas centenas de casos. Não só no Brasil, onde já numerosos cirurgiões têm adotado essa técnica por lhes dar os melhores resultados, mas também fora de nosso país, a operação por nós introduzida está sendo executada e vem merecendo a atenção de urologistas e cirurgiões gerais.

Em 1947, a técnica da tunelização foi pormenorizadamente exposta, em inglês, em *The Urologic and Cutaneous Review* (West Palm Beach, Florida, Estados Unidos, LI, 212, abril de 1947), depois de ter sido publicada em castelhano no volume 90 dos "Manuales de Medicina Pratica", editados na Espanha, pela Casa Salvat (um volume de 97 páginas, com 25 ilustrações, sob o título "Varicocele", Barcelona, 1946).

Agora, da Suíça nos chega uma carta do dr. A. F. Rossbach, urologista de Berna, solicitando pormenores da nossa técnica, de que teve conhecimento pela leitura de um resumo publicado em uma revista da Holanda, a "Excerpta Médica".

Pela divulgação que está merecendo um processo brasileiro, julgamos de interesse reproduzir os dizeres de uma carta que nos foi escrita recentemente por um médico patricio que se acha em Buenos Aires, frequentando os serviços cirúrgicos daquele grande centro médico.

Eis o que nos conta em sua missiva o dr. Frederico Kiefer, cirurgião em Curitiba:

* Palavras proferidas perante a Sociedade Médica São Lucas em 21 de dezembro de 1948 e em 12 de janeiro de 1949, acrescidas, no final, de uma nota mais recente.

Buenos Aires, 29-XI-48. Prezado Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Venho por meio desta dar-lhe os meus sinceros parabens, e ao mesmo tempo me sinto orgulhoso por ter um conterrâneo peranaense, cujos valores profissional e científico ultrapassaram fronteiras. Assim digo porque estivemos, médicos de várias nacionalidades, em um curso de aperfeiçoamento cirúrgico ditado pelo prof. Ricardo Finochietto e este, tanto em seu serviço hospitalar, como na Associação Médica Argentina, eleva o seu nome e é grato pelas inovações que trouxe na técnica cirúrgica, falando, além de outras coisas, no tratamento da varicocele, método simples, seguro e que satisfaz as exigências.

Diz êle que os outros métodos eram por demais complicados e quase sempre traziam resultados desagradáveis, como a atrofia de testículo; por isso preferia não fazer mais essas operações, mas desde que o colega de São Paulo — Branco Ribeiro — introduziu o seu método, tem-no praticado e com ótimo resultado. Experimentou todos os outros métodos, mas este é o único que satisfaz, o único que resistiu à crítica, o único que dá bons resultados e por isso pratica e ensina essa técnica de Branco Ribeiro.

Na revista "El Día Médico" está para sair algo a êsse respeito".

E prossegue o dr. Frederico Kiefer com outras considerações. Esperamos que o juízo do prof. Finochietto seja divulgado pela imprensa e, então, por certo maior número de cirurgiões há-de adotar esse método tão simples e que tão bons resultados vem apresentando.

**

Para que a técnica por nós preconizada possa ser de pronto utilizada por quem ler estas linhas, vamos descrevê-la sucintamente:

1 — Incisão clássica para operação de hérnia inguinal (incisão oblíqua, que parte da espinha do pube e termina a cerca de dois dedos da espinha ilíaca anterior e superior).

2 — Exposição ampla da face superficial da aponevrose do grande oblíquo, deixando a descoberto o anel exterior do canal inguinal.

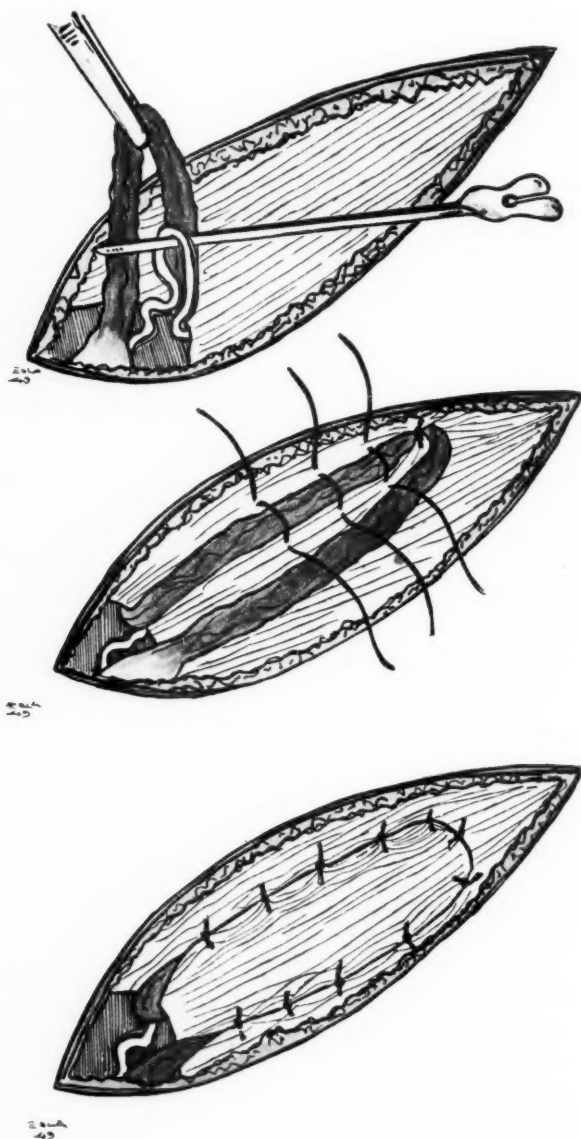
3 — Apreensão e apresentação ampla do cordão espermático, desde o anel exterior do canal inguinal até as proximidades do testículo, que, para isso, é semi-exteriorizado por suave tração, feita pelo cirurgião através do próprio cordão, e auxiliada por expressão efetuada pelo assistente, através da bolsa escrotal e dos campos que recobrem o doente.

4 — Abertura da túnica fibrosa que envolve o cordão, seguida do isolamento das veias por dissecação romba das veias varicosas, separando delas o canal deferente com sua artéria e devendo-se ter em mente que esta nem sempre é visível.

5 — Abandono do canal deferente e de sua artéria no fundo do campo operatório, entre os pilares do orifício exterior do canal inguinal.



I
Exposição do cordão espermático



II

Dissecção do deferente e tunelização das veias

6 — Colocação das veias ectasiadas por sôbre a aponevrose do grande oblíquo, dispondo-as em alça, à maneira de ferradura, com concavidade voltada para baixo e para dentro e em altura tal que permita ficar o polo superior do testículo um pouco abaixo da espinha do pube.

7 — Fixação das veias assim dispostas por meio de dobra da aponevrose do grande oblíquo, mantida por pontos separados, de forma a se criar um tunel, no qual ficam abrigadas as veias. Inicia-se a tunelização pela parte mais elevada da alça, transfixando a aponevrose pelo lado de fora do fundo da alça e a seguir, com o mesmo fio, pelo lado de dentro, a uma distância tal que, ao se apertar o nó, a prega da aponevrose cubra completamente o feixe venoso sem interromper a sua circulação. A mesma manobra será repetida em outros pontos ao longo da alça até ser completado o tunel e sempre com o cuidado de não estrangular a corrente venosa, que, assim, passa a circular através da folgada tunelização obtida á custa da plicatura da aponevrose do grande oblíquo. Em certos casos — indivíduos gordos, em que o campo operatório se torna exíguo — o ramo externo do tunel pode ser construído pela fixação da aponevrose do grande oblíquo ao tecido celular subcutâneo das proximidades da arcada crural, sempre por meio de pontos separados.

8 — Sutura de pele com agrafes, precedida, si necessário, de pontos de aproximação do tecido celular subcutâneo.

Os pontos da tunelização podem ser feitos com categute simples n.º 0 ou 1, com categute cromado n.º 0 ou com fio de algodão. Temos usado o categute simples ou o categute cromado.

A anestesia raqueana permite mais fácil manuseio da aponevrose do grande oblíquo, mas a narcose em circuito fechado, ou outra qualquer anestesia bem conduzida fornece um relaxamento de fibras, que não dificulta a feitura da tunelização.

**

A propósito do tratamento cirúrgico da varicocele pela tunelização, o dr. Juan Carlos Guzzetti, do Serviço de Cirurgia Geral e Neurologia do Hospital Rawson a cargo do prof. Ricardo Finochietto, acaba de publicar em Buenos Aires, em *La Prensa Médica Argentina* (XXXV, 2.463, 24 de dezembro de 1948), um circunstanciado trabalho em que reproduz a descrição da nossa técnica, ilustra-a com desenhos originais e faz estudo crítico dos métodos apresentados para o tratamento da afecção.

Antes de expor a nossa técnica, declara o ilustre cirurgião argentino:

"Trata-se de uma operação não complicada, de técnica simples, rápida, fácil, ao alcance de todo médico prático e que preenche os dois requisitos fundamentais sobre que Del Valle, faz tempo, havia insistido em nosso país:

a orquidopexia, vale dizer a suspensão do testículo a uma altura conveniente, e diminuição ou supressão do refluxo venoso com integridade do sistema vascular”.

Depois de acentuar o valor da orquidopexia, dizendo à maneira de Posadas que “se crea desse modo uma alça viva e resistente, capaz de manter suspenso o testículo durante toda a vida” e depois de aplaudir o outro princípio estabelecido por Del Valle e que consiste na “diminuição ou supressão da estase venosa sem que se mutile o sistema vascular e procurando a conservação do sistema nutricional do testículo”, Juan Carlos Guzzetti termina o seu trabalho com estes períodos:

“Julgamos ótima esta técnica para o cura da varicocele, visto que, além de realizar os preceitos fundamentais já enumerados, dá cumprimento aos postulados que a seguir enumeramos:

a) Simples, fácil, não traumática e conservadora, pois respeita a integridade do sistema vascular, pondo-nos a coberto das embolias e trombose, perigo presente neste tipo de cirurgia; respeita, também, as estruturas anatômicas inguino-abdominais, pois não abre para nada o canal inguinal e as manobras sobre os elementos do cordão são mínimas. Com ela se simplifica e se encurta o ato cirúrgico.

b) O trajeto menos tortuoso que passam a ter as veias dilatadas depois da tunelização ocasiona uma perda na carga da corrente líquida, o que faz desaparecer a estase venosa e melhora as perturbações derivadas da mesma, isto é: garante uma adequada circulação de retorno.

c) Graças às aderências que se estabelecem entre os elementos vasculares e as paredes do tunel aponevrótico, proporciona uma orquidopexia boa, eficiente e segura. O ligamento escrotal acarreta a suspensão da bolsa (devido à orquidopexia) e esta se retrai ao fim de algum tempo, espontaneamente, por sua própria elasticidade.

d) O conjunto vascular fixado entre as dobras da aponevrose do grande obliquo sofre ocasionalmente a compressão das mesmas por efeito dos esforços, da posição ortostática e da deambulação, vale dizer: atua como um sistema valvular pela compressão e descompressão que se exerce com intermitências. Zeferino do Amaral dizia “que era um efeito semelhante ao de u’a meia elástica sobre as varizes da perna”.

Realizamos a operação, nos últimos casos, em serviço de consultório externo, isto é: terminada a intervenção, o doente retira-se do hospital ou da Clínica por seus próprios meios, vantagem essa que é desnecessário comentar. Nos indivíduos operados o resultado foi excelente”.

Como se vê, Guzzetti está fazendo a tunelização em serviço de ambulatório, o que redundaria em sensível economia para os doentes. Devemos esclarecer que Guzzetti dá preferência à anestesia local, “com excelentes resultados e sem inconvenientes”.

Diante dos fatos assinalados nesta nota, é provável que com mais ampla divulgação da sua técnica, muito em breve a tunelização se firme em definitivo na preferência dos urologistas e dos cirurgiões gerais.

**

Depois da leitura feita perante a Sociedade Médica São Lucas das palavras que acabamos de reproduzir, chegou às nossas mãos

o número 5 do vol. XXI de "El Dia Médico" de Buenos Aires, de 31 de janeiro de 1949, contendo em suas páginas 156 e 157 o artigo anunciado na carta do nosso prezado coléga dr. Frederico Kiefer. Assina-o o dr. José Joel, assistente do prof. Ricardo Finochietto no Pavilhão II do Hospital Rawson da capital argentina. O dr. José Joel fora encarregado pelo prof. Finochietto de experimentar a nossa técnica e apresenta agora os "resultados mui satisfatórios", colhidos durante dois anos de observação. A descrição dos tempos operatórios é precedida desta apreciação, em que salienta mais uma vantagem do processo:

"De execução simples, tem a vantagem, do ponto de vista anatômico, de que não é necessário o isolamento da artéria espermática".

Ao fazer a descrição, acentua o dr. Joel a facilidade com que se pode executar a operação sob anestesia local, consoante a orientação seguida no Serviço, que exige cerca de 200 cc. de uma solução adrenalina de novocaina a $\frac{1}{2}$ %, afim de que também se infiltrem o bordo do músculo reto, a parte correspondente do espaço prevesical e a bolsa escrotal.

Descreve também o dr. Joel um detalhe de técnica que introduziu e que assim apresenta e justifica:

"*Ressecção da fibrosa e do cremaster.* — Este tempo é u'a modificação que temos introduzido na técnica original de Branco Ribeiro. A fibrosa e o cremaster já não exercem nenhuma função e, ao extirpá-los, adelgamos consideravelmente o cordão, cujos elementos ficam constituídos principalmente pelos vasos. Assim, resulta muito mais facil praticar a tunelização, pois é menor a quantidade de elementos a ocultar, o que se pode fazer com tomadas mais delicadas".

E depois de descrever minuciosamente os vários tempos operatórios, o dr. José Joel conclue seu trabalho com as seguintes palavras:

"Depois de ensaiar com verdadeiro interesse um bom número de procedimentos para a cura da varicocele, temos ficado com o do colega brasileiro, que não exige perigosas ligaduras, não abre o canal inguinal e só interrompe fisiologicamente o refluxo".



Para coroar a série de referências aqui reproduzidas, vamos transcrever um trecho de uma carta que nos enviou o prof. Ricardo Finochietto, com data de 28 de fevereiro de 1949. Deixamos de traduzi-lo, para não lhe tirar o sabor da suave língua de Cervantes. Ei-lo:

"La operación para el varicocele es la niña mimada de nuestra escuela y ojalá que, á la inversa de lo que sucede con las de carne y hueso, á la larga resulte tan buena como hasta el presente".

**ANTI-ESPASMÓDICO
VASCULAR**

•

**DILATATOR DAS
ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

Cloridrato de papaverina.....	0,03 gr.
Teobromina — salicilato de sódio ..	0,20 gr.
Teofilina — acetato de sódio.....	0,10 gr.
Fenil-etil-malonil-uréia	0,01 gr.
Cila (pó) ..	0,06 gr.
para uma drágea	

urilene

Papaverina

DRAGEAS

AFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DAS CORONÁRIAS
HIPERTENSÃO E SUAS COMPLICAÇÕES
TROMBOSES E EMBOLIAS DAS ARTÉRIAS PERIFÉRICAS
ANGIOESPASMOS CEREBRAIS



LABORATORIOS ENILA S. A.
RUA RIACHUELO, N.º 242 — CAIXA POSTAL 404 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Estudo crítico das unidades em uso para as dosagens do radon e demais substâncias radioativas

Prof. L. Cintra do Prado

Escola Politécnica da Universidade de São Paulo

Resumo — Em seguida ao confronto das unidades que servem para medir as quantidades e concentrações dos radioelementos, é feita uma proposta no sentido do uso preferencial de somente algumas delas.

I --- DEFINIÇÃO DAS UNIDADES

1. PRELIMINARES

Na presente nota, com algumas alterações na forma e na ordem da exposição, reproduzimos a parte crítica de outro trabalho sobre o mesmo assunto ⁽¹⁾, no qual apresentamos, com maiores desenvolvimentos, as relações quantitativas que ligam, de um lado, as unidades e, de outro, as massas, os números de átomos e as velocidades de desintegração para os diversos elementos radioativos.

Como se sabe, a radioatividade "natural", descoberta em 1896 por Becquerel, é uma desintegração espontânea de determinados átomos, a qual se manifesta pela emissão de certas radiações, conhecidas pelas designações clássicas de Rutherford: alfa, beta, gama. Na radioatividade "artificial", que em 1933 o casal Joliot-Curie observou pela primeira vez, tem-se a irradiação de electrons quer negativos, constituindo raios beta, quer positivos. Em nossos dias, já têm sido registrados muitos outros fenômenos de desintegração atômica, dos quais alguns podem ser descritos como formas *sui generis* de radioatividade, por neles haver projeção de corpúsculos materiais (neutrons, protons, etc.) ou emissão de energia radiante oriunda nos núcleos (raios gama).

Sendo a radioatividade um fenômeno evolutivo, toda medida dela, necessariamente, refere-se a um determinado instante, ao

qual se supõe corresponderem as observações. Tanto a quantidade ou concentração de um material radioativo, como a rapidez de sua desintegração, como ainda a intensidade dos efeitos provocados — todas essas grandezas *decrecem* fatalmente no decurso do tempo, segundo as leis básicas próprias aos fenômenos radioativos. Entretanto, essas grandezas poderão ser tidas como constantes toda vez que a duração dos fenômenos, de fato observados, fôr pequena relativamente à meia vida do radioelemento; isto acontece, por exemplo, no caso do radium, cuja meia-vida ($T = 1.590$ anos) é pequena em comparação com o tempo que duram as observações ordinárias (minutos, horas ou dias).

No emprego de quaisquer unidades recorre-se frequentemente aos seus múltiplos, de preferência aos que correspondem as potências ternárias de dez, expressas pelos prefixos bem conhecidos: mega = um milhão (10^6); quilo = um mil (10^3); mili = um milésimo (10^{-3}); micro = um milionésimo (10^{-6}); milimicro = um milésimo de milionésimo (10^{-9}).

Evidentemente toda quantidade de qualquer material radioativo pôde ser medida e expressa em unidades de massa, tais como o grama e seus derivados. Mas, estas unidades de massa, por nada indicarem diretamente quanto à radioatividade desenvolvida pelo material, têm uso restrito. Servem sobretudo para caracterizar o teor de certos radioelementos nas rochas, nos produtos de laboratório e nas nascentes de água.

2. CURIE

O II Congresso Internacional de Radiologia (Bruxelas, 1910) resolveu adotar uma unidade especial para se medirem quantidades de emanção de radium (radon) e definiu o "curie" como a *quantidade de radon em equilíbrio com um grama de radium*. Esse nome foi escolhido em homenagem aos descobridores do radium e, por sugestão de Dorsey ⁽⁵⁾, estendeu-se depois a mesma denominação à quantidade de qualquer outro elemento da família urânio-radium, em equilíbrio com um grama de radium. Dois radioelementos consecutivos de uma mesma série ou família dizem-se "em equilíbrio" quando a quantidade do segundo, que se destroi espontaneamente, é substituída por uma igual quantidade resultante da desintegração do primeiro. Quando isso acontece, o número de átomos rompidos por unidade de tempo é o mesmo para ambos os radioelementos; e é fácil imaginar-se um estado de equilíbrio que compreenda todos os elementos de uma série.

No seu relatório de 1930 ⁽³⁾, a Comissão Internacional do Padrão de Radium, manifestou-se favoravelmente à extensão da

unidade "curie" aos radioelementos da família urânio-radium, mas não aos demais corpos radioativos.

Máu grado a restrição dêsse parecer, nos últimos anos passou-se a definir o curie como *a quantidade de qualquer radioelemento que sofre o mesmo número de desintegrações, na unidade de tempo, que um grama de radium.*

Esse número, que vamos designar por v_e , é uma constante física de grande importância. Sua determinação vem sendo feita, desde 1908, por muitos experimentadores e segundo métodos diversos. Os resultados têm sido convergentes, mas perdura ainda uma incerteza que Condon e Curtiss avaliam em 4 % (quatro por cento) pelo menos (⁴).

O *Bureau of Standards* norte-americano adotou arbitrariamente (¹²) o valor há tempos admitido pela referida Comissão Internacional:

(ao qual corresponde para o radim, $T =$ aprox. 1590 anos).

$v_e = 37 \times 10^9$ desintegrações por segundo.

Pode-se, pois, definir o curie como *a quantidade de qualquer radioelemento que sofre 37×10^9 (37 milhares de milhões) desintegrações por segundo.*

E v_e o número de partículas emitidas por um curie de qualquer radioelemento, por segundo, em todo o espaço circundante, quando resulta uma só partícula de cada desintegração.

3. RUTHERFORD

A imprecisão que afeta o número v_e das desintegrações por segundo, correspondentes ao curie, deu motivo a que fosse proposta, em 1946, por Condon e Curtiss (⁴), uma nova unidade para exprimir a intensidade de qualquer fonte radioativa — o "rutherford" — baseada simplesmente num certo número de desintegrações por segundo.

Na escolha dêste número básico, os autores da proposta tiveram em vista a facilidade de passar aos múltiplos e submúltiplos, mediante os prefixos usuais (mega, quilo, mili, micro, etc.), e uma ordem de grandeza que pudesse convir à expressão fácil das fortes e das fracas radioatividades observadas com as fontes em uso nos trabalhos técnico-científicos. Com esse critério, foi estabelecido o rutherford, como sendo *toda radioatividade correspondente a 10^6 (um milhão) de desintegrações por segundo.* Esta nova unidade, por sugestão do *Committee on Radioactivity of the National Research Council*, tem sido recomendada pelo *Bureau of Standards* dos EE. UU. da América (⁴).

Foi também proposta a abreviatura "rd" (que, aliás, poderá dar alguma remota confusão com o símbolo *rd* oficializado para o *radiano* pelo Regulamento Metrológico Brasileiro).

Da mesma forma que o curie, também o rutherford presta-se para exprimir não só a velocidade das desintegrações, como a quantidade de qualquer radioelemento que, num dado instante, apresenta essa radioatividade.

A vantagem do rutherford é eliminar toda a atual incerteza que páira sobre a velocidade de desintegração de um grama de radium ou seja, de um curie.

Além disso, a nova unidade presta-se à caracterização de qualquer fonte radioativa, mesmo daquelas que, numa única desintegração atômica, emitem em rápida sucessão mais de uma partícula ou raio gama.

4. EQUIVALÊNCIA ENTRE CURIE E RUTHERFORD

A relação de equivalência entre o curie e o rutherford pode ser estabelecida comparando-se a velocidade v_c , que corresponde ao curie, e a velocidade v_{rd} ($= 10^6$ desintegrações por segundo), que define o rutherford.

Por outro lado, sendo toda velocidade de desintegração proporcional ao número de átomos presentes e, portanto, à massa do material radioativo, a mesma relação que existe entre v_c e v_{rd} , existirá também entre os números de átomos ou entre as massas que constituem um curie e um rutherford. Admitindo a relação:

$$\frac{v_c}{v_{rd}} = 37.000$$

teremos, para qualquer radioelemento, pertencente ou não à família urânio-radium:

$$1 \text{ curie} = 37.000 \text{ rutherfords}$$

ou, reciprocamente:

$$1 \text{ rutherford} = 27 \text{ microcuries.}$$

5. UNIDADES ESPECIAIS PARA O RADON

A — *Eman.*

No estudo da radioatividade presente no ar atmosférico, nas nascentes de água, nos gases espontâneos das fontes e demais casos congêneres, podem-se usar unidades especiais para medir

a concentração (*) do radon: "eman" e "mache". A definição de tais unidades justifica-se pelo fato de que a radioatividade das fontes naturais é devida, quase sempre, exclusivamente ao radon e seus descendentes; só em alguns casos raros são arrastados outros elementos (2).

A concentração do radon numa água ou gás exprime-se ordinariamente em milimicrocuries por litro. No Congresso de Freiberg (Saxônia, 1921), ficou estabelecido chamar-se de "eman" a concentração de 1/10 (um décimo) de milimicrocurie por litro.

Teria sido mais feliz, a nosso ver, fazer-se um eman igual a um milimicrocurie por litro; talvez, assim, essa unidade houvesse alcançado maior voga e fosse universalmente empregada.

No uso das unidades de concentração, não há necessidade de se especificarem condições especiais relativamente ao volume da água, por ser desprezível, no caso, a compressibilidade do líquido; mas, aquela especificação é indispensável para o volume dos gases, afim de permitir confrontos, sendo geralmente prescritas as chamadas condições normais ("NTP"), a saber, temperatura = 0°C e pressão = uma atmosfera = 76 cm de mercúrio a 0°C e sob gravidade normal (9,80665 m/s²).

B — Mache.

A concentração do radon numa água ou gás também pode ser expressa em *maches*, designação adotada em homenagem ao cientista que, em 1904, propoz fossem medidos os teores dos radioelementos tomando-se por base a ionização por eles produzidas nos gases (9).

Um mache é a concentração de radon em um fluido que corresponde à presença, em um litro desse fluido, de uma quantidade de radon capaz de produzir, só (i, é sem os seus produtos de desintegração) e pela utilização completa de seus raios alfa, através do ar, uma corrente de ionização igual a um milésimo da unidade eletrostática CGS de corrente elétrica.

"Utilização completa dos raios" significa que todas as partículas alfa, emitidas pelo radon, devem perder sua velocidade dentro do ar, antes de atingir as paredes do recinto: nestas condições, aliás, a ionização total é independente da temperatura e da pressão do ar.

Nos países de língua alemã, fala-se em "Mache Einheit" (M. E.). Em português, há quem diga "unidade mache"; julgamos preferível, todavia, falar em "mache" simplesmente, como no caso de outras unidades cuja designações são nomes de cientistas (v. g. ampère, coulomb, henry, newton, joule, watt).

(*) Concentração de um corpo qualquer, dissolvido ou difuso num fluido, é a relação entre sua quantidade e o espaço em que se encontra: toda concentração iguala, numericamente, a quantidade presente na unidade de volume.

C — *U.e.s. e milistat.*

O mache alcançou voga em muitos países e chegou mesmo a ser *errôneamente* empregada para medir *quantidades* de radon.

Mache é, por sua própria definição, uma unidade de concentração, não de quantidade, e reporta-se implicitamente ao conteúdo de *um litro* de água ou de gás. Nestes termos, a expressão "maches por litro" é uma redundância incorreta, como seriam, por exemplo, "watts por segundo" ou "bárias por centímetro quadrado". Não obstante isso, entre nós infiltrou-se, tempos atrás, aquela expressão infeliz que o nosso Código das Águas Minerais (Decreto-Lei n.º 7.841, de 8 de agosto de 1945, publicado no "Diário Oficial" de 20 desse mesmo mês), no presuposto de um fato consumado e irremediável, cuidou de oficializar nas suas definições de águas radioativas (arts. 35 e 36). Pedimos vênia para discordar dessa opinião, posto que respeitável, do legislador, pois acreditamos seja sempre tempo de proscrever uma expressão inexistente, sobretudo quando se dispõe da força da Lei.

Entretanto, nos meios médicos, a propósito da emanoterapia, surgiu há algum tempo uma inovação conciliadora: passou-se a chamar simplesmente de "unidade eletrostática" (abreviadamente "u. e. s." ou "UES" ou "stat") a quantidade de radon capaz de produzir, só (i. é sem os seus produtos de desintegração) e pela utilização completa de seus raios alfa, através do ar, uma corrente de ionização igual a uma unidade eletrostática CGS de corrente elétrica.

Designa-se por "milistat" o milésimo dessa unidade.

E' evidente, pela definição acima, que todo fluido cuja radioatividade se exprime por um mache, encerra em cada litro uma quantidade de radon igual a um milistat. Em outros termos: *um mache = um milistat por litro.*

D — *Equivalência entre as unidades de radon.*

Sabe-se, como resultado de cuidadosas medidas diretas (¹⁰⁻¹¹), que um curie de radon, só e pela utilização completa de seus raios alfa, produz no ar uma corrente de ionização igual a $2,75 \times 10^6$ ues CGS = 917 microampêres.

Por conseguinte, para o radon:

$$1 \text{ curie} = 2,75 \times 10^6 \text{ u.e.s.}$$

$$1 \text{ u.e.s.} = 0,364 \text{ microcuries.}$$

Com base nesta relação primária, construímos os seguintes quadros de equivalência, úteis nas aplicações práticas do radon, notadamente em crenologia e emanoterapia.

QUADRO I — QUANTIDADES DE RADON

UNIDADES	curies	m μ curies	u. e. s.	milistats	rd
1 curie..... =	1	10 ⁹	2,75 $\times 10^6$	2,75 $\times 10^9$	37.000
1 milimicrocurie.... =	10 ⁻⁹	1	0,00275	2,75	37 $\times 10^{-6}$
1 u. e. s..... =	0,364 $\times 10^{-6}$	364	1	1.000	0,0135
1 milistat..... =	0,364 $\times 10^{-9}$	0,364	0,001	1	13,5 $\times 10^{-6}$
1 rutherford..... =	27 $\times 10^{-6}$	27.000	74,2	74.200	1

QUADRO II — CONCENTRAÇÕES DE RADON

UNIDADES	m μ c/l	emans	maches	ues/cm ³	rd/cm ³
1 milimicrocurie/litro =	1	10	2,75	2,75 $\times 10^{-6}$	37 $\times 10^{-9}$
1 eman..... =	0,1	1	0,275	0,275 $\times 10^{-6}$	3,7 $\times 10^{-9}$
1 mache..... =	0,364	3,64	1	10 ⁻⁶	13,5 $\times 10^{-9}$
1 ues/cm ³ =	0,364 $\times 10^6$	3,64 $\times 10^6$	10 ⁶	1	0,0135
1 rutherford/cm ³ .. =	27 $\times 10^6$	270 $\times 10^6$	74,2 $\times 10^6$	74,2	1

6. ROENTGEN

Nas aplicações médicas dos raios gama e X, em que interessa determinar-se o efeito das radiações durante um dado lapso de tempo, a dose local exprime-se numa unidade especial, chamada "roentgen" (grafia equivalente = röntgens) ou simplesmente "r", em honra ao descobridor dos raios X.

Trata-se de uma unidade baseada nos efeitos de ionização, conforme proposta original de Villard, em 1908 (¹³), a qual, em seguida às discussões de vários autores, foi aceita em termos precisos pelo V Congresso Internacional de Radiologia (Chicago, 1937).

Define-se o roentgen como a dose de radiação X ou gama, que, passando através do ar puro, sob condições normais de pressão e de temperatura, produz, por centímetro cúbico, um conjunto de ions tendo uma carga total, positiva ou negativa, igual a uma unidade eletrostática CGS (ou, seja, $0,33358 \times 10^{-9}$ coulomb = cerca de um terço de milimicrocoulomb).

Esta definição requer alguns esclarecimentos.

Em primeiro lugar, não se trata de uma unidade prescrita para medir a energia total transportada pelas radiações, mas antes a sua "absorptividade". De fato, um radiologista está interessado sobretudo na energia absorvida pelos tecidos, mais do

que na energia incidente ou transmitida.. Com efeito, um feixe de raios gama duros é muito penetrante, mas pôde produzir num tecido menos efeito biológico do que um feixe de raios moles. correspondendo ao mesmo fluxo total de energia ⁽⁸⁾. Por isso mesmo, o roentgen deve ser entendido como uma unidade de dose e não propriamente como uma unidade de quantidade ou de in-roentgens.

Em segundo lugar, a dose das radiações é sempre local, a saber, varia ao longo de um mesmo raio, em virtude da progressiva absorção de sua energia, pelo meio atravessado, e principalmente em virtude da distância à fonte. Considera-se um pequeno elemento de volume, em torno do ponto onde a dose deve ser determinada, mede-se a ionização produzida aí pelos raios e faz-se a relação entre a carga total dos ions positivos (ou negativos) e o volume do elemento, reduzido a 0º C e 76 cm de mercúrio. Sendo aquela carga expressa em *ues CGS* e este volume em centímetros cúbicos, tal relação mede a dose em roentgens.

Em terceiro lugar, nas aplicações biológicas, deve-se ter em vista que o roentgen é uma unidade de absorptividade de energia *por unidade de volume*; o efeito das radiações, sobre um organismo depende também do maior ou menor volume de tecidos expostos. Assim, quando apenas uma parte das mãos apanha, digamos, 1.000 roentgens, o efeito biológico, já desastroso nesse caso, será todavia menos grave do que se todo o corpo ficasse exposto à mesma dose de 1.000 roentgens, esta quase certamente letal para o paciente ⁽⁸⁾.

Importa notar-se que o roentgen é definido independentemente da *dureza* dos raios ou, em termos mais precisos, independentemente do seu comprimento de onda ou, seja, de sua energia específica, que se exprime, por exemplo, em electron-volts. O roentgen convém tanto à dosagem dos raios moles (grande comprimento de onda ou baixa "voltagem"), como à dos raios duros (pequeno comprimento de onda ou alta tensão de aceleração).

De conformidade com os resultados experimentais, um roentgen corresponde a uma libertação de energia à razão de 82,7 ergs por centímetro cúbico de ar, sob condições normais de pressão e de temperatura.

Daí o conceito de "roentgen equivalente", com auxílio do qual se determinam as doses de radiações outras que não os raios X ou gama, em particular as doses de raios beta, visando seus efeitos biológicos. Assim define-se o "roentgen equivalente físico", como a dose de radiação ionizante que, em torno de um ponto, abandonaria em um grama de ar a mesma energia que um roentgen de raios X ou gama, a saber, 82.7 ergs. Desta definição não decorre, necessariamente, que o efeito biológico de

um roentgen equivalente físico seja sempre o mesmo. Na verdade, ele depende da natureza dos tecidos e das radiações e, embora menos apreciavelmente, a eficácia destas varia conforme o efeito particular em apreço. Surge dêste modo a noção de "roentgens equivalente humano" ⁽⁸⁾ cuja discussão escapa entretanto aos limites do presente trabalho.

7. R.H.M. (ROENTGEN POR HORA A UM METRO) E CURIE DE RADIUM

Para definir, com auxílio do roentgen, a intensidade das radiações num dado ponto do espaço, é mister considerar-se o fator tempo. A unidade de duração mais adequada é a hora, como se reconheceu desde longa data. Por isso, a intensidade local dos raios X, gama e mesmo beta, póde ser expressa em roentgens por hora e seus submúltiplos (por exemplo, certos instrumentos de prospecção radioativa são graduados em mili-roentgens por hora).

Para se derivar do roentgen uma unidade de intensidade para as fontes de raios gama (ou X, eventualmente), é preciso levar em conta não só o tempo mas ainda a distância da fonte ao ponto considerado. No caso de uma fonte puntiforme, a ionização varia na razão inversa do quadrado da distância, quando não há absorção pelos meios interpostos. *Uma fonte capaz de produzir um roentgen por hora, à distância de um metro poderá ser escolhida para unidade nas comparações de atividade entre corpos emissores de raios gama.*

Essa a unidade proposta por Condon e Curtiss ⁽⁴⁾, os quais, sem lhe atribuir um nome próprio, indicam a designação de "um roentgen por hora a um metro", a abreviatura "r.h.m." e a pronúncia "rum" para esta última.

Nas determinações em que ocorrem tempos e distâncias outras, que não a hora e o metro, leva-se em conta a lei da proporcionalidade direta em relação ao tempo e inversa com respeito ao quadrado da distância, sendo desprezível a absorpção pelo ar, em pequenas espessuras.

1.º exemplo. — A experiência mostra que um grama de radium, em equilíbrio com seus descendentes ($Ra + Ra + Ra C$), fornece 0.864 roentgens por hora, à distância de um metro, ao passo que a radiação beta, não filtrada, da mesma fonte fornece 172.8 roentgens por hora à mesma distância ⁽⁷⁾. Observe-se, a propósito, que a radiação gama própria do radium monta somente a cerca de um por cento da radiação total gama, emitida por ele e seus descendentes ⁽⁷⁾.

Essa fonte de raios gama, que com certa imprecisão nos termos se chama "um curie de radium", é portanto igual a 0,864 r.h.m. Inversamente, 1 r.h.m. = 1,157 curies de radium.

2.º exemplo. — Dez (10 miligramas de radium, em equilíbrio com seus descendentes, produz à distância de dez (10) centímetros, durante uma hora, um efeito cumulativo de:

$$0,864 \times 0,010: (0,10)^2 = 0,864 \text{ roentgens.}$$

Nestas condições, a dose biologicamente tolerável em um dia de trabalho, a saber, 1/10 de roentgen será apanhada em $\frac{0,1}{0,864}$ hora = 7 minutos, devendo em seguida o operador abster-se de outras exposições, durante cerca de 24 horas.

II — DISCUSSÃO CRÍTICA

8. SINOPSE DAS UNIDADES

No estudo da radioatividade, torna-se complicada e enfadonha a tarefa de comparar as experiências e suas conclusões numéricas, quando estas não vêm expressas nas mesmas unidades. Isto acontece não somente no domínio da pura física nuclear, como também no de suas aplicações à biologia e à medicina, a saber, o emprego de radiosótopos como indicadores e agentes curativos, radium e emanoterapia, controle da toxidez de produtos inalados ou ingeridos, determinação das doses benéficas e nocivas das radiações, etc.

O confronto dos vários resultados só é possível depois de reduzidos às mesmas unidades, o que requer a aplicação de fatores de conversão. Evidentemente, não queremos referir-nos aqui aos simples múltiplos e submúltiplos decimais, os quais não trazem dificuldade alguma.

Agora que as questões da física nuclear interessam efetivamente a tantos campos diversos dos conhecimentos humanos (ciência pura, técnica industrial, biologia, medicina, e outros), já é tempo de se simplificar a "metrologia" da radioatividade, onde a superabundância das unidades teve origem no fato de que, a princípio, os estudos naqueles vários domínios não eram tão entrelaçados como em nossos dias.

Sem autoridade para influir decisivamente na discussão do assunto, mas com a boa vontade de um estudioso, vamos dar nosso parecer.

1.º ponto. — Não há dúvida de que o curie e seus submúltiplos são de grande utilidade em todas as questões técnicas relativas aos radioelementos da família urânio-rádium: radon, po-

lônio, radium C', etc. De fato, como êstes elementos são obtidos geralmente a partir de fontes primárias de radium, toda quantidade disponível é sempre uma fração de, ou eventualmente, a própria quantidade correspondente ao equilíbrio. Tal fração pode ser expressa como uma função de tempo e, por isso, a quantidade do radioelemento, em curies, guarda uma relação simples com a quantidade da fonte primária de radium (real ou virtual), expressa em gramas. No caso do radon, em particular, por ser ele o descendente imediato do radium, o emprego do curie é tudo o que há de mais indicado, como bem o reconheceu o II Congresso Internacional de Radiologia, ao estabelecer essa unidade.

Relações análogas estendem-se aos demais radioelementos da mesma série, tanto abaixo, como acima do radium. Daí a a natural tendência de se adotar o curie para exprimir as quantidades de todos corpos simples radioativos da família urânio-radium. A extensão do curie aos demais elementos radioativos, naturais ou artificiais, é perfeitamente justificável, pela facilidade que há em se julgar da radioatividade dêsses outros por comparação com a de um elemento bem conhecido, o radium, com a mesma velocidade de desintegração. Pois, nessa base, a comparação, para ser completa, só depende de se considerar também a energia média dos raios emitidos pelos vários elementos.

O único inconveniente é a imprecisão numérica que reina ainda sobre o valor daquela velocidade básica de desintegração, relativa a um grama de radium* (o número v_c).

2º ponto. — O rutherford não tem êsse inconveniente, apontado no curie. Pressupõe apenas que a velocidade de desintegração de um material tenha sido medida ou prevista. O importante é que permite comparações numa base absoluta, independente de padrões substanciais e sem qualquer perigo de confusão nas unidades.

Entretanto, para os elementos filiados à família urânio-radium, uma medida em rutherfords nada informa explicitamente sobre aquela fração, de que acima falámos, exprimindo o grau de vizinhança relativa ao estado de equilíbrio com o radium.

Não obstante isso, o rutherford é uma unidade muito cômoda para as aplicações práticas dos radioelementos, inclusive os da família urânio-radium, tanto em pura física nuclear, como ainda em biologia e medicina. Os seguintes exemplos servirão para ilustrar este ponto.

a) E' relativamente fácil relacionar-se o número de desintegrações, registradas num contador Geiger-Müller, com a quantidade do radioelemento emissor, expressa em rutherfords, sobretudo quando a fonte é praticamente puntiforme. Pois trata-se apenas de verificar o ângulo sólido que compreende as parti-

culas detectadas e compara-lo com 4π esferradianos, feitas as correções relativas ao rendimento do contador e, eventualmente, à absorção pelas paredes interpostas. Em suma, um problema de geometria, que diz respeito à disposição do equipamento. Nos laboratórios, empregam-se muitas vezes padrões radioativos para determinar esses "fator de ângulo sólido", mas em rigor poderá êle ser calculado diretamente, sem padrões, o que é uma precípua vantagem das medidas em rutherfords.

b) No emprego de um radioisótopo qualquer, como indicador, a expressão das doses em rutherfords encaminha as conclusões. Por exemplo, 500 microrutherfords de carbono *in vivo* asseguram 500 desintegrações por segundo, em todo o organismo; a observação de 10 desintegrações, digamos, por segundo, num dado ponto, feitas as correções de ângulo sólido e de queda com o tempo, permite relacionar imediatamente a quantidade aí localizada com a quantidade total que se administrou.

c) Em dermatologia e oftalmologia têm tido larga aceitação os unguentos ativados com radon; algumas fábricas norte-americanas indicam as concentrações em *ues/cm³*. Melhor seria fazê-lo em *curies ou rutherfords / cm³*. Com efeito, uma pomada contendo, v. g., 3 rutherfords de radon por cm^3 ($= 220 \text{ ues/cm}^3 = 80 \text{ microcuries/cm}^3$) dá 3.000.000 desintegrações do radon por segundo, para cada centímetro cúbico. Espalhada em camada de um milímetro de espessura dará, por segundo, em cada centímetro quadrado e *para o lado da pele* (ou conjuntiva), metade de $300.000 = 150.000$ raios alfa de radon e outros tantos para cada descendente próximo (Ra A e Ra B). Como se vê, a dosagem em rutherfords indica, mediante cálculos simples, o valor da radioatividade útil aos fins terapêuticos.

3.º ponto. — Na determinação do radon presente nas fontes hidro-minerais, quando se fazem medidas *absolutas* das correntes elétricas, nas câmaras de ionização, o mache é de inconteste vantagem. Já nas medidas *relativas*, com câmaras calibradas por quantidades certas de radon, extraídas de padrões de radium, o uso do mache perde inteiramente o seu interesse, tornando-se antes um desvio inútil.

Além disso, trata-se de uma unidade que se tem usado exclusivamente para o radon, não se prestando às comparações entre atividades dos outros radioelementos (em particular os beta-emissores), como as aplicações da física nuclear exigem e como pode fazer-se com o curie e o rutherford. Nem semelhante extensão do mache à radioatividade de outros elementos poderia ser feita facilmente, por ser uma unidade de concentração e não de quantidade.

Neste sentido, até para o próprio radon o mache se revela, na prática, uma unidade pouco interessante. Com efeito, embora

criado especialmente para caracterizar as nascentes de água e seus gases espontâneos, o mache não fornece medidas imediatamente aproveitáveis nas aplicações crenológicas. Realmente, como calcular a quantidade total de radon absorvida, ao fim de um dia de cura, por um paciente que ingeriu um litro (ou x litros) de água radioativa, com uns tantos maches, ou que permaneceu certo tempo num emanatário respirando uma atmosfera radioativa que encerra uns quantos maches? Poder-se-ia passar facilmente aos milistats, mas não é isso o que se vê na literatura. Na verdade, recai-se nos submúltiplos do curie... Não é portanto, o mache uma complicação desnecessária para os estudos teóricos e a técnica da crenologia?

4.º ponto. — O grama de radium, em equilíbrio com os radioelementos que dele derivam, tem sido adotado como termo de comparação nas medidas da intensidade das fontes emissoras de raios gama: como já dissemos acima (1.º exemplo), é o que se denomina "um curie de radium".

Mas o r.h.m. apresenta, sobre este último, a vantagem de de não depender de um padrão substancial de matéria radioativa; o emprego do r.h.m. está simplesmente condicionado à possibilidade de se fazerem *medidas absolutas* das correntes de ionização.

Além disso, nas aplicações médicas e biológicas, o r.h.m. estabelece uma relação mais direta com os efeitos provocados pelos raios gama, sendo certo que na avaliação destes o dado básico dos problemas é a dose expressa em roentgens.

Encaminhamo-nos, assim, para as seguintes conclusões.

9. CONCLUSÕES

Primeira. — Para medir quantidades e concentrações de corpos radioativos deveriam ser usados exclusivamente o curie e o rutherford, bem como seus múltiplos, submúltiplos e unidades derivadas. O curie é indicado para os elementos da família urânio-radium, sem que deva ser necessariamente desaconselhado para os demais; seu emprego é recomendável na técnica de preparação e dosagem dos radioelementos, quando se visa propriamente pôr em evidência a quantidade, ou seja, o número de átomos radioativos presentes. O rutherford é indicado para as aplicações efetivas dos radioelementos, sobretudo quando se quer pôr em evidência a atividade, a saber, a velocidade de desintegração (número de átomos rompidos por segundo).

Segunda. — Parece-nos prematuro pretender que se use exclusivamente uma dessas duas unidades básicas (curie e rutherford), com abandono completo da outra. Dada uma porção ou

dose de qualquer substância radioativa, expressa mediante uma dessas unidades, a medida equivalente em termos de outra se achará imediatamente considerando que:

$$1 \text{ curie} = 37.000 \text{ rutherfords.}$$

$$1 \text{ rutherford} = 27 \text{ microcuries.}$$

Terceira. — Desde já o mache, a u.e.s. e o milistat deveriam ser abandonados definitivamente, para se adotarem na técnica hidrológica, nos estudos de crenologia e na prática da emanoterapia tão somente as unidades diretamente relacionadas com o curie ou o rutherford. Curvamo-nos diante dos méritos do cientista que, entre outras justas consagrações, mereceu ter seu nome atribuído a uma unidade, mas cremos oportuno que o mache ceda lugar a unidades mais práticas. A u.e.s. e o milistat, como não enriquecem o sentido dessa unidade, com que se ligam imediatamente, não têm razão de subsistir depois de abandonado o mache.

Nessa conformidade, o teor em radon das nascentes de água e dos gases naturais será medido em milimicrocuries por litro ou em emans; a graduação dos unguentos e óleos ativados com radon será feita na base de microcuries ou de rutherfords por centímetro cúbico, etc. Por exemplo, as concentrações básicas das pomadas em uso na emanoterapia, em vez de 500, 200 e 100 ues/cm³ poderiam ser fixadas nos valores seguintes, cujos números arredondamos:

200 microcuries/cm ³	=	7,5 rutherfords/cm ³	=	550 ues/cm ³
80 "	=	3,0 "	=	220 "
40 "	=	1,5 "	=	110 "

Quarta. — No estudo dos efeitos biológicos das radiações, nomeadamente dos raios X, gama e beta, o roentgen é a unidade que de fato convém, para a medida das doses, pois leva em conta, cumulativamente, a quantidade do material radioativo, sua posição relativa ao local dos efeitos observados e o tempo que dura a exposição aos raios agentes.

Na medida da intensidade das fontes de raios gama (e, eventualmente, de raios X ou beta), o r.h.m., é preferível ao "curie de radium".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CINTRA DO PRADO, L. "Unidades prescritas para as medidas de radioatividade. Confronto e discussão". Anuário 1948-49 da Fac. Filos. Ci. Letras *Sedes Sapientiae*. No prelo.
- (2) Idem. "A radioatividade das fontes hidrominerais". Separata do Anuário 1937 da Esc. Polit. Univ. São Paulo, 2 (1938).
- (3) Comissão Int. Padrão de Radium. *J. Phys. Radium*, 2, 273-289 (1931).

- (4) CONDON, E. U. e CURTISS, L. F. "New units for the measurement of radioactivity". *Science*, 103, 712 (1946); *Rev. Sci. Inst.* 17, 249 (1946); *Phys. Rev.* 69, 672-673 (1946).
- (5) DORSEY, N. E. *J. Washington Acad.* 11, 281 (1921).
- (6) GLASSER, O. (editor-chefe) "Medical Physics". Chicago, The Year Book Publishers (1944).
- (7) HEVESY, G. e PANETH, F. A. "A manual of radioactivity". Oxford University Press, pp. 58 e 225 (1938).
- (8) LAPP, R. E. e ANDREWS, H. L. "Health Physics". *Nucleonics*, 3, n.º 3, 60-67 (1948).
- (9) MACHE, H. *Wien. Ber.* 113, 1329 (1904).
- (10) MACHE, H. e S. MEYER. *Physik. Zeits.* 13, 320 (1912).
- (11) MACHE, H. e FLAMM, L. *Wien. Ber.* 122, 535 (1913).
- (12) National Bureau of Standards. "Measurement of radioactive isotopes" (Note). *J. Franklin Inst.* 246, 419-420 (1948).
- (13) VICTOREEN, J. A. "Roentgen rays: measurement of quantity by thimble chambers" in *Medical Physics* (ref. 6), 1370-1382 (1944).

TAUROCOLO

TAUROCOLATO DE GUAIACOL



*A mais eficaz e a mais tolerada
das terapêuticas balsâmicas*

Elimina a tosse
Favorece a expectoração
Descongestiona a mucosa
bronquial.

Para uso oral e injetável



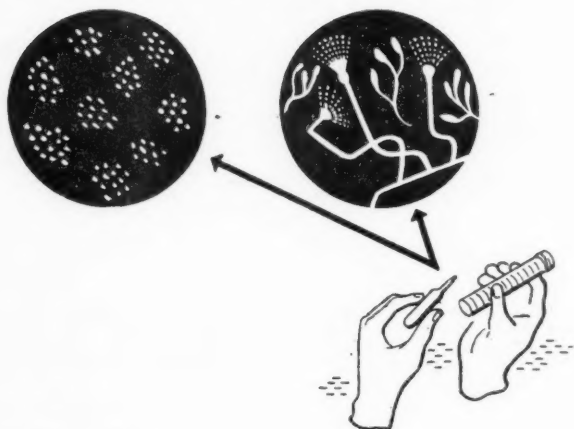
INSTITUTO LORENZINI

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

RHODIAMIDA



Antibacteriano e fungicida

Polivalente por excelência, de mínima toxicidade, muito maneável, a RHODIAMIDA amplia a capacidade de aplicações da sulfamidoterapia na clínica geral, em cirurgia e nas especializações médico-cirúrgicas.



— A marca de confiança —

SSS

RB4-44B-PANAM

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA EM 30 DE JULHO DE 1948

Presidente: Dr. Silvío Ognibene

Neurinoma do acústico operado com conservação da audição e sacrifício do ramo vestibular — Prof. Carlos Gama. A comunicação versou em torno de um caso de tumor do acústico esquerdo, operado com pleno êxito e com conservação, e até melhoria, da audição. Paciente de 15 anos, sofrendo há 2 anos de vômitos frequentes, cefaléias, perturbações visuais, paresia do motor ocular externo, diplopia e hipoacusia à esquerda. Assimetria facial por paresia do VII par. Alteração do timbre da voz por hemiparesia velofaríngea, com abolição do reflexo faríngeo. Nistagmo horizontal nos olhares laterais. Equilíbrio deficiente, com quedas nas provas de Romberg. Alterações liquóricas com dissociação albumino-citológica. Alterações ósseas na ponta da pirâmide esquerda. Operação rea-

lizada, em 28-10-1947, pela técnica de Jaeger, com pequena craniotomia não osteoplástica retomastóideia. Retirada de tumor globoso, duro, liso, acinzentado, medindo aproximadamente 3 cms. de diâmetro, pelo processo intracapsular, e de um cisto anexo contendo líquido xantocrômico e, por fim, da própria cápsula. Resultado do exame histológico: neurinoma. Evolução excelente. Ao fim de 9 meses da operação resta apenas inabilidade discreta na mão esquerda. Repetidos exames neurotorrinolaringológicos provem que o ramo coclear do VIII par esquerdo foi inteiramente conservado e encontra-se funcionalmente bem e que o ramo vestibular não reage (audiometria quase normal e ausência de reação às provas calóricas). Fácil e motor ocular externo funcionando bem.



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Alché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormociético

Obtido de um animal em adiantado estado de gestação, este soro contém as estimulinas lançadas na circulação pelo produto da concepção; contém hormônios sexuais, fermentos etc.

No tratamento preventivo e curativo dos vômitos incoercíveis. Preventivo e curativo da eclampsia; usado nas alterações pigmentares da pele, manchas, erupções e dermatites.

Dôses: Uma ou mais ampolas diariamente, segundo a gravidade do caso (intramuscular).

A comunicação foi ilustrada com craniografias pré-operatórias, que demonstram o alargamento do poro acústico; com microfotografias do tumor, mostrando as características dos neurinomas; com radiografias depois da operação, que documentam os característicos da craniotomia; e, finalmente, com um diagrama de audiometrias feitas antes da operação e depois de decorridos 9 meses, em que se prova a notável melhoria da audição. Foram feitas considerações de ordem tática-operatória e da técnica adotada e a propósito da incidência dos neurinomas em ramos isolados do VIII par.

Comentários: Dr. S. Marone: De-sejo saber se não há possibilidade de haver neurinoma no ramo vestibular mais freqüentemente do que no coclear e, assim sendo, se não há manifestações iniciais que possam ser surpreendidas no audiograma. Isso permitiria que a nossa contribuição fôsse mais valiosa, incluindo o exame otorrinológico na rotina dos exames neurológicos.

Dr. J. Fairbanks Barbosa: Não havia zumbido no lado afetado?

Prof. Carlos Gama: O exame neurotorrinolaringológico deve ser feito rigorosamente. Em geral, esses exames só podem ser feitos quando solicitados pelo neurocirurgião. Já temos exames que indicam perfeitamente bem a possibilidade de alterações e lesões iniciais desses dois ramos: somente um exame feito precocemente poderá surpreender, seja um tumor do nervo coclear, seja do vestibular. No caso relatado não havia queixa de zumbido; a baixa de audição só foi verificado pelo nosso exame.

Imprevistos da amigdalectomia

— Dr. Silvio Ognibene. O autor apresentou o caso de 2 irmãos, operados de amígdalas e adenóides no mesmo dia. O ato cirúrgico decorreu normalmente, tendo sido feito com anestesia geral pela cloretila. O menino, no 3.º dia, apresentou dificuldades para falar e respirar, não podendo deglutir. Hospitalizada, a criança mantinha-se

de boca aberta, com a ponta da língua projetada para fora, babando continuamente. Respiração difícil, lembrando o edema da glote. Ao exame, edema de todo o palato mole do lado direito, deslocando a úvula, também edemaciada, para a esquerda. Palato duro edemaciado, compressão da língua para baixo e para fora. O doente não vomitara sangue e estava hipertérmico. Medicação adequada ao quadro apresentado. O autor pensou tratar-se de hemorragia no interior dos tecidos do fundo da loja e de flegmão do pescoço. No dia seguinte, foi retirado da loja pequeno coágulo ou tecido necrótico. À tarde o doente já passava melhor e, no dia seguinte, achava-se restabelecido quase completamente. O autor explica o quadro do seguinte modo: no exame anterior à operação, as amígdalas nada apresentavam de extraordinário; no entanto, na profundidade da loja amigdaliana, deveria já existir uma infecção, que evoluiu conjuntamente com o pós-operatório, atingindo seu climax no 3.º e 4.º dias. Lembra o autor a conveniência de se examinar os operados na véspera, para evitar contratempos como esse. Devemos, segundo o autor, dar à amigdalectomia seu justo valor de ato cirúrgico, ao lado das outras intervenções, pois todo o especialista já teve seus momentos críticos nesta operação e sabe de acidentes bem graves. Precisamos acabar com esse modo geral de pensar, que a amigdalectomia é uma operação sem importância, podendo ser feita a granel.

Comentários: J. Fairbanks Barbosa: qualquer de nós conta com uma série de casos da mesma natureza, conseqüências do descaso com que tratamos os doentes operados de amígdalas. Devemos internar os doentes que são operados de amígdalas. Sistemáticamente, não opero amígdala, quando o doente se recusa a ficar internado.

Dr. Silvio Ognibene: De fato, a melhor prática é internar os doentes, mas há o problema de conse-

da
n-
li-
te.
to
do
ra
a-
ra
ão
ér-
ao
en-
in-
lo-
tia
pe-
co.
ne-
se
en-
do
ior
da
io;
da
stir
un-
rio,
4.º
ên-
na
pos
o o
seu
la-
ois
eus
ção
res.
odo
ale-
im-
a

Bar-
com
na-
aso
pe-
in-
era-
ica-
ndo
ter-

o, a
pen-
nse-



guir vagas nos hospitais. Particularmente, tenho mais receio de uma amigdalectomia do que qualquer outra operação da especialidade.

Sobre um caso de febre reumática desencadeada por amigdalectomia — Dr. Silvio Marone. O autor apresentou um caso em que se fazia mister a amigdalectomia e adenoidectomia, pelo passado de reumatismo poliarticular agudo, estenose mitral e coréia. No pós-operatório, no mesmo dia da intervenção, instalou-se processo febril, com edemas e dores nas articulações. Essas manifestações foram-se acentuando, apesar da terapêutica sulfopenicilínica, atingindo a curva térmica a 40,4°C, com inconsciência e agitação acentuada. A terapêutica foi intensificada, administrando-se mesmo estreptomina, sem melhorar. O paciente recebeu, ao todo, 5.500.000 U.Ox. de penicilina, cerca de 13 gr. de salicilato de sódio por dia, até o total de 2.300 grs., 116 grs. de sulfamidas e 6 grs. de estreptomina. Os exames de laboratório realizados (reação de Widal, hemocultura, hemocitológico e liquor) resulta-

ram normais. O processo durou cerca de 23 dias, quando a febre e as demais manifestações cederam lentamente.

O autor rotulou tal complicação como febre reumática desencadeada pelo trauma operatório, baseando-se na teoria moderna de processo alérgico, por não ceder a moléstia ao tratamento intenso instituído e por terem sido negativos os exames de laboratório. Do estudo desse caso, concluiu: 1) a febre reumática é possível complicação grave da amigdalectomia, principalmente nos casos com predisposição ou sensibilização prévia por processos infecciosos; 2) nos casos suspeitos (passado reumático, corêico e demais complicações), é útil saturar-se o organismo de penicilina e, principalmente, salicilato de sódio, antes e depois da operação; 3) nem sempre há resposta benéfica a tais medicamentos, envolvendo então a moléstia dentro de seu ciclo; 4) em casos de ocorrência de febre reumática pós-operatória, os anti-térmicos, principalmente os salicilatos, parecem atuar mais eficientemente que as sulfas, penicilina e estreptomina.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA, EM 17 DE SETEMBRO DE 1948

Presidente: Dr. Silvio Ognibene

Cirurgia plástica e otorrinolaringologia — Dr. J. Rebelo Neto. Os quadros nosológicos das duas especialidades se confundem em muitos pontos e muitos problemas lhes são comuns. Daí a necessidade da cooperação íntima entre os cultores das duas disciplinas. O autor focalizou alguns pontos, para acentuar a importância desse entrelaçamento:

1 — Os desvios da pirâmide nasal, associados ao desvio do septo. Afora raros casos, em que há fragilidade esquelética, ou nas formas obstrutivas muito acentuadas, o cirurgião plástico tem o dever de atender e corrigir as malformações intranasais quando associadas

às da pirâmide, assim também o otorrinista deverá ampliar a sua correção septal à parte exterior, pois só assim obterá cura clínica integral.

2 — Redução das fraturas recentes do nariz, acompanhadas de rinorréia cerebrospinal. Os especialistas presentes são consultados sobre o acerto da redução imediata, quando essa temível complicação estiver presente. Embora o consenso unânime dos autores seja contrário a essa redução, parece que, no momento atual, com o recurso valioso dos antibióticos, especialmente a penicilina, a tentativa deve ser feita, quando o estado geral fôr bom, quando não

houver estado infeccioso nasal ou paranasal e quando não fôr necessário tamponamento, tudo dependendo da forma clinica em apêço e da possibilidade de "fechar-se a torneira" com a manobra redutora.

3 — O tempo funcional das microtias: a antrotomia precoce. O primeiro passo para a correção plástica das ausências totais de pavilhão auricular e conduto auditivo, deve ser a desobstrução desse conduto, quando o estudo radiológico demonstrar a sua viabilidade, isto é, quando, pela presença dos elementos dos ouvidos médio e interno, houver esperança de recuperação auditiva. Para que o paciente usufrua desde cedo da vantagem de um estímulo sonoro precoce, o autor vem praticando a antrotomia a partir da idade de três meses. O canal é mantido aberto por meio de um enxerto de Thiersch forrando as suas paredes. Os estudos audiométricos têm sido feitos pelo Dr. Rezende Barbosa e os seus resultados, longe de mostrar contra-indicação para essa conduta, patenteiam o acerto da terapêutica.

4 — O problema da paralisia facial. Correção plástica precoce. Da frequência da etiologia otogênica, decorre ser comum a consulta ao otologista nos casos de paralisia facial. A cooperação que o cirurgião plástico pode oferecer deve ser pedida quando a paralisia perdurar mais de três meses, havendo agravamento dos sinais clínicos ao invés da sua melhoria, apesar do rigor e intensidade da terapêutica habitual. Pondo de parte a correção a Ballance-Duel, pelo enxerto de nervos, ou mesmo a mioplastia, que exigem técnicas mais complicadas, temos o recurso da suspensão da face pelas tiras imediatamente o paciente de certo número de sintomas desagradáveis e traz o conforto moral de ver a sua malformação corrigida, principalmente quando a face está em repouso. Se, depois dessa operação, houver retorno da função nervosa do 7.º par, a presença das tiras aponeuróticas não causa nenhum estôrvo.

Comentários: Dr. Antônio Correia: Tenho a impressão que o Dr. Rebelo trouxe à casa assunto de nossa especialidade, para pedir a nossa opinião, mas nós também queremos a opinião dos cirurgiões plásticos. De fato, tenho pensado muito sobre esse assunto, para poder resolver certos problemas e tenho procurado consultar cirurgiões plásticos, mas, às vezes, somos obrigados, por questões particulares, a deixar o doente sem uma intervenção, durante vários anos. Muitas vezes tenho achado que as otorrinolaringologistas estariam em condições de resolver muitos casos de plástica. Um dos problemas abordados foi o desvio de septo e os desvios da pirâmide nasal. Tenho estudado muito esse problema e penso que, em grande número de casos, o otorrinolaringologista deveria resolver na mesma sessão as duas partes: a estética e a parte que prejudica a fisiologia do aparelho respiratório. Não estamos fazendo essa cirurgia como deveríamos fazer. Estamos fazendo apenas uma parte, deixando de lado a solução do outro problema. Outro ponto diz respeito ao desvio da columela, que também temos observado. Lemos, em uma revista americana, que há necessidade de ser feita, nos casos funcionais, a ressecção do septo e a correção da pirâmide nasal. Não tivemos a oportunidade de fazer isso, mas é um problema que surge constantemente. Quanto ao problema da rinorréia, também não tive contacto, a não ser com dois casos. Aqui aparece, também, o receio do otorrinolaringologista, que deixa de lado problemas fáceis de resolver, como sejam fraturas simples. Quando chega o momento de colocar um pequeno aparelho de gesso, o otorrinolaringologista se recusa a prosseguir no seu trabalho, com receio de ficar desmoralizado. Há necessidade dos otorrinolaringologistas se pôrem mais ao par do assunto para poderem resolver, pelo menos, os casos mais simples de fratura, deixando de lado apenas os casos mais complicados. O problema da microtia também é muito interes-

sante. Tenho o caso de uma menina, que me fez lembrar do Congresso de Buenos Aires, onde foram apresentadas várias técnicas para se resolver esses casos. Interessado pela parte funcional do caso, fui ver a menina, que conta 8 anos de idade e verifiquei que ela tem uma audição boa. Há uma queda de audição tipo condução. Houve conservação dos sons agudos em percentagem muito grande. A radiografia mostra um aspecto normal, mastóide normal. Tenho a impressão que pode haver uma melhora nessa criança. A orientação do Dr. Rebelo é muito interessante. Operar depois de 3 meses, atingindo a região próxima do labirinto. Tenho a impressão que os otorrinolaringologistas estarão aproveitando muito as idéias que ele apresentou. A paralisia facial é outro problema interessante. Tenho um caso que foi operado de mastoidite, em que houve paralisia facial. Ficamos, os otorrinolaringologistas, esperando que o caso se resolva, com fisioterapia e vitamina B. A idéia que o Dr. Rebelo propôs é muito interessante. Propor logo de início a operação é chocante, mas depois de 1 ou 2 meses é uma idéia muito interessante, quando a medicação não resolve o caso. Assim poderemos dar ao doente o alívio de um defeito físico na face, o que será também para o médico um motivo de grande satisfação.

Dr. Fábio Matheus: Quanto à questão das fraturas nasais, quando há comprometimento da lâmina crivada do etmóide, precoce e diretamente, parece que, quando se faz a redção, é necessário que se tampone as fossas nasais, para contrabalançar o aparelho; pergunto se isso não iria facilitar a propagação da infecção para a lâmina crivada.

Dr. Silvio Ognibene: Ressalto a importância dos assuntos abordados, salientando a parte referente à paralisia facial e a das fraturas dos ossos do nariz, com compressão da pirâmide nasal. Os otorrinolaringologistas devem fazer os dois tempos das operações, resolvendo, assim, a parte fisiológica e

a estética, nos casos mais fáceis; nos casos mais complicados, devem apelar para o cirurgião plástico. Pergunto ao autor quais os detalhes técnicos da antrotomia.

Dr. Rebelo Neto: Para a antrotomia faz-se a perfuração cutânea e, assim, agredimos o esqueleto; faz-se a perfuração do canal e, depois, da parte óssea. O canal, em cima, é forrado com um tampão. Nas viagens que fiz ao estrangeiro, tive oportunidade de ver uma quantidade enorme de otoplastias, principalmente em St. Louis (U.S.A.), onde há um serviço especializado e muito movimentado. Lá há várias correções de orelhas por dia. Os médicos se preocupam muito com a correção da parte estética do pavilhão, sem se incomodar com a parte do funcionamento, mesmo em se tratando de adultos. Falei sobre isso com o Prof. Brown, explicando a minha idéia sobre o assunto. Ele reconheceu a importância da parte funcional, mas me disse que isso ele não fazia. Creio que cuidar só do "enfeite" e deixar de lado a parte funcional, não está direito. Giles, em Londres, ficou em dúvida se havia necessidade de fazer a intervenção e forrar a cavidade. Pessoalmente, o faço com bons resultados, quando se trata de adultos. Sendo em crianças, há a vantagem de se provocar um estímulo cedo. O caso referido pelo Dr. Correia era apenas uma microtia. Também fazer uma plástica em uma cavidade orbitário é muito difícil. É muito difícil obter um bom resultado e, *mutatis mutandis*, neste caso é a mesma coisa. Intervir só para fins de estética é uma coisa inútil. Devemos fazer uma antrotomia, isto é, abrir até o antro. Quanto à pergunta feita a respeito do tamponamento, tenho a dizer que não o fazemos sistematicamente; em casos de fratura dos ossos do nariz, raramente fazemos isso. Só quando há tendência ao engavetamento, quando o agente atua de diante para trás. Nesse caso, no ato de suspender o nariz e reduzir a fratura, há uma tendência a se voltar ao estado antigo; então, além de se fazer a

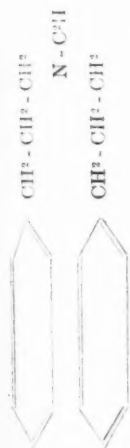
Por que o...

PROFENAMIN 

*é o antispasmódico
da atualidade?*

Porque o **PROFENAMIN**

- não é entorpecente.
- não produz hábito.
- é mais ativo que a papaverina.
- tem uma dose tóxica 170 vezes maior que a sua dose terapêutica.



3 FORMAS

PROFENAMIN — comprimidos

PROFENAMIN — ampolas

PROFENAMIN — Composto

PROFENAMIN COMPOSTO

encerra em 2 cm³,



dois poderosos } Profenamin e Novatropina;
antispasmódicos: }
um analgésico: Dimetilamino - antipirina;
um sedativo: Acido dialilbarbitúrico.

LABORATÓRIO SINTÉTICO, LTDA.

RUA TAMANDARÉ, 376 — FONE 6-4572 — SÃO PAULO

redução e correção da fratura, fazemos também o tamponamento. O Dr. Silvio Ognibene é que me ensinou a técnica usada nesses casos. Quanto à otorrêia, nos casos

em que houver escoamento de líquido, pergunto se não há inconveniente em fazer a redução do conduto auditivo externo e a redução da lâmina crivada.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE JULHO DE 1948

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Uchoa

O ensino da Psiquiatria na Universidade do Brasil (conferência).

— Prof. Maurício de Medeiros — O autor focalizou as dificuldades de ensino que no momento afetam, de modo geral, a Universidade do Brasil. Ao encerrar o aspecto técnico propriamente dito, mostrou a evolução do ensino da Psiquiatria até os dias atuais. Como aspecto particular das modificações intro-

duzidas no ensino dessa disciplina, destacou a divisão em duas partes, lecionadas, respectivamente, no 4.º e 6.º ano médico. Na primeira parte é focalizada, predominantemente, a psicologia médica. Como complemento à conferência foram exibidos dois filmes, usados no curso de Psiquiatria, versando sobre as neuroses experimentais.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 19 DE JULHO DE 1948

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Uchoa

Semiologia do sistema nervoso infantil — Dr. Antônio B. Lefèvre

— O autor focalizou diversos aspectos da semiologia infantil, salientando o valor dos achados e sua significação. Por ser o assunto por demais extenso, o autor restringiu sua exposição a certos aspectos mais interessantes. Foram projetados gráficos relativos ao estudo do tono, atitude e alguns reflexos.

Semiologia das funções psíquicas na infância. Revisão crítica dos testes psicológicos — Dr. Henrique Mendes — Define o autor, inicialmente, o conceito de Psiquiatria Infantil, justificando-a como sub-especialidade da Psiquiatria; ela diferencia-se da Psiquiatria do adulto, pois os quadros mórbidos incidem numa época de intenso desenvolvimento dinâmico da personalidade. As psicoses são relativamente raras nessa época da vida e a importância do ambiente avulta, com relação à clínica psiquiátrica do adulto, dadas as possibilidades terapêuticas que comporta. Fez, depois, considerações com relação às funções mentais do psiquiatra especializado nos problemas da in-

fância. O exame das funções mentais não se deve restringir à enumeração dos sintomas psíquicos e dos distúrbios emocionais da criança, sendo necessária a compreensão do "sentido" do sintoma ou da atitude anormal verificada, pois o exame semiológico já é o primeiro passo para o tratamento. Destacou a importância do ambiente, sua formação social e econômica e a atitude dos adultos, principalmente dos pais, atitude que deverá ser estudada a partir mesmo do momento de concepção da criança; é preciso verificar, também, se a criança foi desejada ou rejeitada e se há problemas de ciúmes entre irmãos. Com relação ao período de desenvolvimento, deve-se estudar as condições psíquicas da gestação, da lactação, da época de desmame e sua importância no aparecimento ulterior de problemas e distúrbios psicológicos ocorridos na primeira infância; será preciso dar importância aos "momentos exógenos". Nos primeiros meses de vida, o exame do psiquismo se faz em função da lei do paralelismo do desenvolvimento neuropsíquico, donde a importância do exame neurológico.

O exame direto da criança será feito em um "plano familiar", isto é, em situação que pouco se afaste da rotina a que a criança está habituada. Com relação ao exame da inteligência, o autor fez referências aos testes numéricos tipo Binet, com algumas objeções, dada a influência das condições de exame, do estado emocional da criança, do grau de cultura, do meio social de onde provém e, também, pelo fato desses testes nada concluírem com relação aos estados afetivos (que têm influência no processo de verificação da inteligência) e com relação às causas da eficiência mental, quando existente, problema que é inteiramente reservado à clínica. Algumas considerações foram tecidas em torno dos testes de Goode-nough e ABC de Lourenço Filho (teste de maturidade). Passando aos testes de personalidade, comentou o teste de Rorschach, baseado em técnica projetiva, cuja interpretação impõe conhecimento profundo da situação do paciente, além de exigir conhecimentos altamente especializados do examinador; é necessário que este, por sua vez, não projete sua própria personalidade e seus problemas na interpretação das respostas dos pacientes. Ainda como testes de personalidade foram citados os questionários de Ben-Reuter e o de Mira y Lopez, de pouca aplicabilidade na infância (TAT), também foi referido, com a ressalva de que deve ser considerado, antes um teste na base dos processos de identificação, do que de projeção; a idade mínima em que já foi usado, foi a de quatro anos. Como teste de personalidade de técnica explícita, foi mencionado o psicocinético de Mira. Concluiu o autor referindo-se ao diagnóstico do desenvolvimento de Gessel e Amatruda, que consiste numa série de provas que provocam reações que permitem ao examinador

concluir sobre seu grau de desenvolvimento; é um conjunto de provas, a que podem ser submetidas crianças a partir de uma semana de existência, até a idade de 36 meses. A idéia geral predominante em toda a palestra foi a de que, quaisquer que sejam os resultados obtidos por testes, o que deverá prevalecer no espírito do psiquiatra; para fins de diagnóstico, compreensão da situação e tratamento, é o conjunto dos dados oferecidos pela clínica.

Comentários: Dr. Antônio Branco Lefèvre — Queria solicitar uma explicação sobre a restrição que o autor fez ao teste de Rorschach que, a meu ver, é um dos melhores testes de inteligência e nível mental, porque permite verificar a falsa debilidade mental. Já tive oportunidade de ver um caso de falsa debilidade; tendo feito o Rorschach, verifiquei que havia, apenas, uma grande inibição.

Dr. Darcy Mendonça Ulhoa — Desejo que o Dr. Henrique Mendes faça uma revisão crítica desses vários testes e, se possível, a classificação, pela ordem de valor, dos testes que comumente emprega. Quais os testes que são empregados em caráter sistemático?

Dr. Henrique Mendes — Também sou de opinião que os melhores testes são os de técnica projetiva, como é o de Rorschach. O que acontece é que, na interpretação deste teste, o problema está na pessoa que vai examinar o paciente. Trata-se de uma técnica altamente especializada. Minha restrição, talvez, resida nisso. Os testes que uso rotineiramente são: Binet-Simons, para determinação de nível mental é baixo ou quando se trata de criança facilmente alfabetizável; o teste de Goode-nough, que apresenta interrelação com o de Binet-Simon. Além desses, uso o Rorschach e o de Mira.

**Fortaleça o organismo, vivendo ao ar livre
e fugindo dos ambientes confinados. - SNES**

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE AGOSTO DE 1948

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Uchoa

Contribuição para o estudo estatístico da paralisia geral. Considerações e resultados terapêuticos em 1000 casos — Drs. Cyriaco Amara Filho e Waldemar Cardoso — Os autores, depois de vários anos de atividade na Secção de Neuro-sifilis, no Hospital de Juqueri, fizeram estudo estatístico sobre os 1000 primeiros paralíticos gerais matriculados no serviço, desde outubro de 1933 até maio de 1944. Os doentes, todos do sexo masculino, pertenciam a um hospital público, gratuito e, por esta razão, apresentavam características especiais que foram analisadas, sobretudo em relação aos tratados anteriormente em clínicas particulares, os quais atingiam 14,5% do total (145 doentes).

O trabalho foi dividido em duas partes: a primeira, dedicada à incidência da entidade nosológica, em função dos fatores étnicos, das formas clínicas e dos dados anamnéticos, destacando, num capítulo especial, a influência do alcoolismo nos resultados terapêuticos. A segunda, destinada especialmente à apreciação dos tratamentos, em particular da malarioterapia e de seus resultados sob diversos aspectos: receptividade da malária em relação à cor dos doentes, comparação dos resultados em face do tempo pregresso de doença, das formas clínicas e do total de acessos.

O intervalo mínimo de evolução, para os últimos doentes, foi de 20 meses. A malarioterapia foi aplicada pelo método indireto, preferentemente pela via venosa e exclusivamente pelo "Plasmodium vivax". No capítulo das reações humorais, os autores apresentaram uma estatística sobre os resultados do primeiro exame de liquor de 300 doentes agudos, destacando a taxa de proteínas totais, a reação de Nonne, a citologia quantitativa, a reação do benjoim coloidal, e a reação de Wassermann; con-

cluíram esta parte com uma análise sumária destas reações em face dos tratamentos. Os mesmos estudos foram realizados com o sêro-diagnóstico da lues. O trabalho termina com uma apreciação sobre os doentes reinternados, os existentes e os falecidos. O estudo permitiu as seguintes conclusões:

1) A idade em que ocorreu o contágio sífilítico pôde ser determinada em 408 casos. A maior incidência verificou-se entre 16 e 25 anos, atingindo a percentagem de 75,0%. A idade média referente a este dado foi de 23 anos e 3 meses;

2) A idade média do início da paralisia geral, calculada sobre 692 casos, foi de 38 anos e 5 meses. Em cerca de 50% dos pacientes, a doença teve início entre 31 e 40 anos;

3) O período de incubação da paralisia geral pôde ser calculado em 373 casos. Dentro do intervalo de tempo de 6 a 20 anos, agurparam-se 76,0% dos pacientes. O período médio de incubação foi de 14 anos e 5 meses;

4) Verificamos, como outros autores, uma relação inversamente proporcional entre a idade ao contrair sífiloma e o período de incubação; quanto mais tardiamente ocorreu a contaminação, mais precocemente se instalou a paralisia geral;

5) O etilismo nos paralíticos gerais influiu desfavoravelmente nos resultados terapêuticos;

6) A forma clínica mais observada nos 893 paralíticos em período de estado foi a demencial simples, que atingiu a cifra de 32,3%;

7) Os paralíticos gerais de forma expansiva e confusional, pela sintomatologia clínica mais grave e ruidosa, ingressaram no Hospital com tempo pregresso de doença menor que os de forma demencial simples ou depressiva;

Schering

O hormônio mais eficaz para corrigir o desequilíbrio electrolítico e as alterações do metabolismo hídrico é o

Cortexon

(Acetato de desoxicorticosterona)

Além de sua indicação mais específica, no mal de Addison, mostra-se o CORTEXON muito ativo no tratamento da hipotensão e dos estados de astenia por insuficiência supra-renal.



Nas infecções graves, choque traumático e cirúrgico, toxicose gravídica, queimaduras, congelações, irradiações, etc., há também uma sobrecarga da córtex supra-renal, que pode ser compensada mediante a aplicação criteriosa da fração hormonal sintética dessa glândula, apresentada no CORTEXON.



EMBALAGENS: Caixas com 4 ampolas de 2, 5 e 10 mg.

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO ★ PORTO ALEGRE ★ BELO HORIZONTE ★ RECIFE

8) Os doentes de cor branca apresentaram receptividade "malária" (*plasmodium vivax*) de 90,0%, os pardos, de 76,3% e os pretos, de 30,4%;

9) O total das remissões verificadas com malarioterapia foi de 36,0%, distribuídas da seguinte forma: remissão completa (14,1%), remissão social (13,0%) e remissão incompleta (8,7%);

10) A mortalidade global em consequência da malarioterapia foi de 10,0%. Os doentes em período prodromico concorreram com um número reduzidissimo (1,8%). Em relação às formas clínicas, a confusional correspondeu a maior letalidade (15,8%);

11) Quanto menor o tempo pregresso de doença, melhores foram os resultados observados na malarioterapia, tanto quantitativos como qualitativos. Nos doentes ainda em período prodromico, as remissões atingiram a magnifica percentagem de 81,0%, sendo que só as remissões completas e sociais somaram 75,0%. Até 6 meses de tempo da doença, as remissões completas e sociais somaram 75,0%. Até 6 meses de tempo da doença, as remissões globais ainda atingiram 50,0%; em seguida, caíram progressivamente de tal forma que, após 2 anos do início da doença, não atingiram sequer 30,0% e foram também inferiores quanto à qualidade;

12) A forma expansiva ofereceu os melhores resultados na malarioterapia e a confusional, os mais desfavoráveis. O número total de remissões da forma juvenil foi mediocre;

13) O resultado da malarioterapia entre as formas ditas essenciais da paralisia geral, consideradas dentro de um mesmo período de tempo, foi, também, favorável à forma expansiva, demonstrando que, além do tempo, também influi a variedade clínica;

14) Os indivíduos de cor preta, devido à imunidade natural que oferecem à terçã benigna, foram os menos beneficiados com a te-

rapêutica de Wagner Jauregg. O total de suas remissões não foi além de 20,0%, enquanto para os brancos atingiu 41,0%;

15) O número de acessos febris de malária influiu sobre os resultados terapêuticos. O grupo de doentes que sofreram de 11 a 13 acessos foi o que apresentou as melhores remissões, em número e em qualidade;

16) A sultopiretototerapia resolveu de modo satisfatório os casos malário-resistentes e revelou efeitos apreciáveis, com 30,0% de boas remissões. Ela foi ainda usada com sucesso, como complemento da malarioterapia, quando esta não produziu número de acessos suficientes;

17) A reinternação de 34 doentes foi devida, em parte, ao tratamento insuficiente realizado na primeira internação. A maioria dos doentes, ou seja, 82,0%, reinternou-se dentro de um intervalo de tempo, entre a alta e a segunda internação, de 2 anos. Em 2/3 destes pacientes, o liquor se apresentava subpositivo ou moderadamente alterado;

18) Um estudo realizado sobre o soro-diagnóstico da lues, em 514 paralíticos gerais, revelou que, em 1% dos casos, êle foi negativo; por outro lado, a concordância da reação de Wassermann no soro em relação à do liquor foi de 95,3%;

19) A remissão humoral só foi observada após vários meses. Não houve, inicialmente, paralelismo entre as remissões clínicas e as reações humorais. A convergência destes resultados nos doentes em remissão começou a surgir depois de um ano de tratamento;

20) A mortalidade geral entre os 1000 paralíticos foi elevada, alcançando o valor de 53,0%, sendo que a metade deste total ocorreu durante os seis primeiros meses de internação. No tocante à cor dos pacientes, os pretos pagaram proporcionalmente maior tributo, consequência da sua refratariedade ao "*Plasmodium vivax*".

Comentários: Dr. Oswaldo Lange — Pergunto se os dados colhidos com o exame do líquido cefalorraquidiano, feito logo após a malarização, permitiram aos autores elementos para o prognóstico imediato de cada caso em particular. Sempre julguei que o exame do LCR, feito logo após a malarização, não fornece elemento algum para o prognóstico.

Dr. João Baptista dos Reis — Questão para a qual queria chamar a atenção é a que diz respeito à necessidade de associar reações de floclulação à reação de Wassermann.

Dr. Antônio B. Lefèvre — Os autores referiram casos em que, aps o tratamento, o LCR se conservou positivo em doentes clinicamente curados e, por outro lado, casos opostos, isto é, LCR positivo em doentes clinicamente doentes. Desejo saber qual o número de pacientes com LCR normal e quadro clínico conservado. Trabalhando num Instituto de Aposentadoria, esta informação me será útil para os casos em que devo intervir para efeitos de aposentadoria: nem sempre é fácil fazer compreender a necessidade de aposentar paciente no qual, embora o LCR tenha negativamente, persistem sintomas clínicos.

Dr. Waldemar Cardoso — Nosso trabalho foi de caráter geral e já entramos em entendimento com o Dr. Baptista dos Reis, para realizarmos trabalho mais pormenorizado. Por isso, não me encontro em condições de responder à pergunta do Dr. Lange, isto é, se logo após a malarioterapia, pelo exame do LCR, se pode chegar a conclusão quanto à evolução do caso. Não tenho dados suficientes. Logo após a malária, é comum observar-se a queda da hipercitose, da hiperalbuminose e da hiperglobulinose; parece-me que esses elementos, especialmente a hiperalbuminose, têm alguma significação. Procurarmos estudar mais detalhadamente a questão. Ao Dr. Baptista dos Reis agradecemos a colaboração.

Sobre psicanálise de um caso de homossexualismo masculino — Dr. Flávio Rodrigues Dias — O autor descreveu o desenvolvimento analítico de um caso de homossexualidade masculina, mostrou as reações que surgiram durante esse tratamento e o mecanismo de forças inconscientes desse indivíduo, originando-lhe a homossexualidade. Analisadas todas essas reações e comportamentos provocados pela análise sob forma de neurose de transferência, pôde ele compreender o sentido dos seus sintomas e o significado inconsciente da sua doença.

Comentários: Dr. Henrique Mendes — Peço que o autor explique, no que se refere à parte técnica do caso, o papel que ele assumiu diante desse doente. A questão do desmame precoce também não me ficou muito clara.

Dr. Durval Marcondes — Felicito o autor por ter obtido bom resultado nesse caso. Sabemos quantas são as dificuldades para se ter bom resultado em casos dessa natureza com a psicanálise. Solicito, também, maiores esclarecimentos no que diz respeito a detalhes da intervenção e análise do caso.

Dr. Darcy Mendonça Uchoa — Pelos trabalhos que conheço e pela própria experiência, em casos graves de homossexualismo, a única coisa a fazer é uma psicanálise profunda, de profundidade integral, como foi a do trabalho apresentado. É compreensível a dificuldade que o autor deve ter tido para resumir, em poucos instantes, o material colhido em 527 horas de exame. O seu caso é muito alentador, porque vai contra o ceticismo comum, que é de praxe em todos os casos de homossexualismo. Cada vez se acredita menos no tipo de perversão endócrina. Em todos esses casos não é o Id que sofre um desvio de impulso; o homossexualismo traduz um tipo de comportamento da personalidade. O ego entra em ação, com o Id e o super-ego. A luz da psicologia deve ficar muito mais comprometida, quando há um tipo

anormal de comportamento da personalidade, com o ego envolvido. Indago do autor o que teria levado este paciente para essa solução encontrada no homossexualismo. É o problema da solução das neuroses. Não vamos considerar esse paciente apenas como um homossexual, mas também como um neurótico. Certos fatores desse caso são muito comuns na maioria dos neuróticos por nós examinados.

Dr. Flávio Rodrigues Dias — Quanto à questão do desmame, esclareci que se tratava de mãe com uma série enorme de filhos, de modo que, aos sete meses, interrompeu a amamentação porque se engravidara novamente, e era seu hábito deixar de amamentar nessas condições. Talvez tenha sido esse o primeiro elemento a contribuir para fazer do paciente um homossexual. O paciente, a princípio, apresentava-se muito medroso, tímido, muito delicado e tinha, principalmente, medo de me contrariar, chegando até a procurar alguns efeitos corretivos falsos, só para me agradar. Tinha interesse em mostrar amizade para comigo; ele projetava na transferência tudo o que sofrera na infância. Depois quis comparar-se comigo. Fato interessante era a consciência do próprio físico; como sentia o pênis anormalmente pequeno, também se sentia uma criança e, à medida que acreditava no desenvolvimento do pênis, também se julgava crescendo. Um dia ele observou que o seu pênis era maior do que o normal e, depois, sentiu-se mais alto do que eu. É interessante como ele notava esses fatos, e com o tempo ia ganhando coragem. Sentia-se igual a mim, depois superior e, finalmente, acabou insurgindo-se, chegando a dizer que me agrediria fisicamente. Desprezou-se, depois, chegando a dizer que eu era velho e impotente. Ao mesmo tempo, na prática, também ia fazendo grandes progressos, a ponto de frequentar mu-

lheres do meretrício, conseguindo, assim, normalizar sua potência. Do ponto de vista da transferência, também é importante dizer que ele tinha muito medo de se curar. Precisava ser mulher para fugir ao perigo de competir com os homens e arriscar perder o pênis e os testículos. Essa era a parte que tinha que lembrar sob o ponto de vista da transferência, que serviu para desencadear certos fenômenos que, depois, regrediram de maneira favorável para o paciente.

Quanto à questão do traumatismo e seu mecanismo, devo dizer que o paciente naturalmente sofreu o primeiro trauma oral com o desmame, tendo sido, depois, muito mimado pela mãe, o que também concorreu para sua perversão; ela tinha dupla personalidade: era mulher e ao mesmo tempo muito viril, ao passo que o pai era para ele o "castrador". Na época edipiana, como o pai já era uma pessoa velha, sem ação e sem físico para que ele pudesse se identificar ao pai, identificou-se mais com a mãe. Tendo a mãe o surpreendido em travessuras sexuais com a própria irmã, passou a sentir a mãe como um objeto de libido e ao mesmo tempo via no pai o "castrador". Como o pai não o atraía como modelo de identificação, identificou-se parcialmente com ele apenas por ser ele o objeto de amor da mãe. Sentia ainda inveja do pênis viril do pai e, ao mesmo tempo, começava a odiar esse pênis e queria destruí-lo. Explicou que certa ocasião viu um soldado que viajava no estribo do bonde e sentiu grande desejo de pegar no seu pênis e incorporá-lo. Ele não fumava, não suportava ver uma criança mamando ou chupar de leite materno, como se tivesse grande aversão aos seios, mas, por outro lado, desejava esses seios. Na fase oral, ao mesmo tempo que desejava, queria destruir. Talvez se repetisse a fase edipiana e queria destruir o pênis do pai.

Prucure conhecer e pôr em prática as medidas de defesa contra a sífilis. - SNES

4

SÃO, EM SÍNTESE, OS EFEITOS ESPECIAIS PARTICULARIZADOS DO

**VASO-CONSTRICTOR
E DESCONGESTIONANTE DAS MUCOSAS**

Privina

(CLORIDRATO DA 2-NAFTIL-1'-IMIDAZOLINA)

na *Rino-Laringologia*:

1^o



RAPIDEZ de ação e seu prolongamento
pelo período de 2 a 6 horas

2^o



INOCUIDADE em relação ao mecanismo
ciliar

3^o



CAPACIDADE de regulação do pH

4^o



ALIVIAÇÃO imediata, com a involução
acelerada e sucessória cura das afecções
nasais.

Terquino

SOLUÇÕES A 1/2 E A 1 POR MIL

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO - Av. Venezuela, 110 - C. P. 3437

SÃO PAULO

Av. Brig. Luiz Antônio, 389/395 - C. P. 3678

PORTO ALEGRE

Av. Alberto Bins, 400 - C. P. 1471

BELO HORIZONTE

Rua dos Coetês, 871 - C. P. 123

RECIFE

R. 7 de Setembro, 128 - C. P. 439



SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 9 DE SETEMBRO DE 1948

Presidente: Dr. Darcy Mendonça Uchoa

A impressão do "déjà vu". A propósito de um caso — Prof. A. C. Pacheco e Silva e Dr. J. Carvalho Ribas — O trabalho foi publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina.

Comentários — O Dr. Ribeiro do Vale, tecendo algumas considerações, relembrou trabalhos já existentes e leu algumas linhas escritas por Faria Brito sobre o assunto; finalizando, disse que o caso tem interesse, tanto do ponto de vista filosófico, como psiquiátrico.

Dr. Sílvio Forjaz — Estou de acordo com aqueles que consideram esses casos como absolutamente infrequentes. Estranho que o Dr. Carvalho Ribas, que analisou o problema da interpretação, não tenha tocado na significação etiológica do fenómeno.

Dr. Darcy Mendonça Uchoa — Neste caso há muitos elementos interessantes. Tenho a impressão que o paciente está em um verdadeiro estado de mal do "déjà vu". É um caso muito estranho, que nos faz ficar um pouco desconfiados do verdadeiro diagnóstico do fenómeno. Será mesmo um "déjà vu"?

O paciente parece ser muito interpretativo, talvez histérico e fantasista. Talvez a sensação do "déjà vu" seja precária em relação à riqueza dos outros dados. O paciente sente essas coisas, o dia inteiro, repetidas vezes; parece que é mais um fenómeno de mitomania. As escolas alemãs assinalam uma linha de entrecruzamento entre manifestações histéricas e paranoídes. Seria preciso conhecer melhor e estudar a personalidade do paciente. O Dr. Carvalho Ribas discutiu todas as teorias explicativas do "déjà vu". Seria mais útil, porém, que ele dissesse qual sua impressão do "déjà vu" no caso apresentado. Sob esse ponto de vista, parece que o caso não foi estudado. Seria interessante uma

interpretação psicanalítica dos fatos e o teste de Rorschach. Talvez a melhor interpretação da estrutura da personalidade do paciente lançasse maior luz sobre todos esses aspectos. Este indivíduo é muito displicente e mostra alto grau de sugestibilidade; tudo o que se quer que ele veja, ele vê. É um pouco difícil chegarmos à conclusão definitiva dos fenómenos, neste caso. Seria interessante que se fizesse um estudo mais pormenorizado do paciente. Existe um trabalho de Freud, de 1924, no livro "Técnica psicanalítica", sobre o fenómeno do "déjà raconté": aborda o caso de D. G., que não queria contar certo fato, porque tinha a impressão de o ter contado várias vezes. Freud cita o caso de um paciente em que pôde analisar o fenómeno do "déjà vu", que ocorrera há doze anos atrás. Tratava-se de uma menina que foi visitar umas amigas cujo irmão estava muito doente. Logo que a moça entrou no quarto do enfermo teve uma impressão muito triste, e pareceu que já havia visto aquele quadro. Foi apurado que o irmão dessa moça estivera em perigo de morte; havia, portanto, uma causa, que não pôde ficar consciente porque a moça tinha forte desejo de morte em relação ao irmão. A única interpretação possível seria a volta do recalado, do reprimido, que durante muito tempo esteve afastado. Os autores alemães o atribuem a uma fraqueza de percepção. A base fundamental é uma percepção tornada inconsciente, que é reativada em determinada circunstância. Não é uma perturbação da memória. Uma análise aprofundada do paciente pode levar à fase em que a pessoa viveu o fato similar.

Dr. J. Carvalho Ribas — Vou procurar aumentar o cabedal de análises deste caso. Trata-se, entretanto, de doente um pouco difícil de se encontrar, por ser doente de ambulatório.

Meningococcemia fulminante. Síndrome de Waterhouse-Friederichsen. Considerações sobre a contribuição do laboratório clínico — Drs. Dálbio Palhano, Massaki Udhara, Mauro Drummond Murgel e J. Baptista dos Reis — Os autores expõem apenas um dos casos que tiveram oportunidade de observar, justificando-se disso por ele ser praticamente igual aos demais que observaram, e aos muitos descritos na literatura estrangeira e nacional, e pelo fato dele, como qualquer outro, ser suficiente para o propósito objetivado. Após tecerem considerações em torno do que pode e até onde pode o laboratório contribuir para o diagnóstico, salientando a necessidade dele ser precoce, o que nem sempre é possível, dado o caráter fulminante da moléstia, chegam às seguintes conclusões:

1) O laboratorista deve, para ser mais útil ao doente, ao clínico e a si próprio, saber reconhecer clinicamente as meningococcemias fulminantes;

2) em virtude do caráter fulminante da moléstia e de depender da precocidade e eficiência da terapêutica a recuperação do paciente justificarse-ia: a) caso o laboratorista reconheça ou suspeite a moléstia durante a colheita do material, avisar o médico assistente, orientando-o se necessário for; b) na impossibilidade ou dificuldade em achá-lo, deverá iniciar a terapêutica, ou convidar outro colega para que o faça;

3) havendo suspeita clínica de meningococcemia fulminante, o paciente deverá ser tratado como tal até se prove o contrário, o mais precocemente possível, sem esperar para isso confirmação do laboratório, que, em alguns casos, poderá vir tardiamente ou mesmo faltar;

4) procurar pacientemente, nos casos suspeitos, diplococos livres ou fagocitados, seja no sangue, ou em material das lesões cutâneas;

5) embora o resultado das culturas venha em geral muito tardiamente (às vezes mais de uma semana), elas devem sempre ser feitas nos casos suspeitos, pois constituem a única maneira de precisar, dentro do rigor científico, o agente etiológico;

6) fazer, sistematicamente, nos casos suspeitos, o exame completo do líquido, aproveitando a punção, mesmo com líquido cristalino, para a introdução de penicilina.

Comentários: Dr. J. Baptista dos Reis — O laboratorista é um médico como qualquer outro, que faz o diagnóstico com os recursos do laboratório. Ele deve participar do exame clínico do doente para poder orientar as suas pesquisas de modo mais feliz para si, para o doente e para o colega que solicitou sua colaboração. O caso relatado mostra o problema do médico que viu o doente de manhã com um quadro difuso e solicitou a colaboração do hematologista. O doente foi visto por este, horas depois, com elementos que já asseveravam o diagnóstico da síndrome de Waterhouse-Friederichsen, que leva o doente à morte em poucas horas. Nestes casos é necessário pensar depressa e tomar logo as necessárias providências. O analista deve agir também como terapeuta. Outra questão que nos tem preocupado é a punção raquidiana; às vezes o líquido é límpido. Lembremo-nos do caso de uma japonesa mandada ao meu laboratório para ser puncionada. O líquido saiu límpido; apesar disso, piquei a ponta do dedo e obtive um esfregaço, cujo resultado se superpõe aos que foram aqui mostrados, demonstrando, imediatamente, a etiologia do processo.

Evite que beijem seu filho, para livrá-lo de numerosas doenças, algumas das quais bem graves. - SNES

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE JULHO DE 1948

Presidente: Prof. Raul Briquet

Conceito de síndrome de Chiari-Frommel. Considerações a propósito de um caso — Drs. José Nemirowsky e Alberto Raul Martinez — Os autores, após ligeira introdução sobre a dinâmica humoral pós-parto, estudaram a atrofia uterina e a secreção láctea nesse período, focalizando as seguintes possibilidades: a) atrofia genital sem secreção láctea desde o início; b) atrofia genital pós-amamentação normal; c) atrofia genital pós-amamentação prolongada; d) atrofia genital com secreção láctea permanente após desmame; e) secreção láctea permanente após desmame, sem atrofia genital. Os autores descreveram as observações originais de Chiari, e Frommel comprovando que sua coincidência se dá no item d. Nessas condições, julgam que a denominação de síndrome de Chiari-Frommel deve ser estritamente enquadrada como atrofia genital com secreção láctea persistente após desmame. A denominação de síndrome de Frommel, usada por alguns autores, além de não levar em conta as observações originais de Chiari, presta-se a confusões, pois Frommel descreveu vários dos itens acima. Em seguida, após revisão da literatura, os autores relataram um caso com secreção láctea abundante desde o desmame e atrofia genital discreta, com amenorréia. O raspado uterino quase não deu material — endométrio hipoplástico (atrófico).

Comentários: Dr. Francia Martins — Pergunto porque os autores estabeleceram diferença entre lactação e secreção láctea. Quanto à questão de produção láctea, disseram os autores que há certa relação entre gonadotropinas e prolactinas. Riddle, quando esteve entre nós, afirmou que a prolactina existe desde o início da prenhez, mas que é inibida pela grande concentração dos estrógenos; ela atua sobre a formação do colostro e mesmo sobre o feto. Para agir sobre

a glândula mamária, torna-se necessária a ação prévia da progesterona e foliculina na presença de córtex suprarrenal. Daí a complexidade do problema clínico. Em geral, nas deficiências não se consegue resultado sem o emprêgo de extrato puro de córtex suprarrenal.

Dr. Domingos Delascio — Estou de acordo com os autores quanto à maior propriedade da denominação de síndrome de Chiari-Frommel. Antes de Chiari, Engstrom já havia estudado a síndrome, de modo que o seu nome também devia ser referido.

Dr. Francisco Cerruti — Os autores referiram, como ponto fundamental dessa síndrome, a atrofia genital. No caso apresentado, porém, parece-me que não havia propriamente atrofia genital. Peço esclarecimentos a respeito.

Prof. Raul Briquet — Estou de acordo com o ponto de vista exposto pelo Dr. Francisco Martins quanto à não diferenciação entre secreção láctea e lactação. Estou de acordo com os autores quanto ao conceito de síndrome e não doença de Chiari-Frommel. Nas observações típicas da síndrome de Chiari-Frommel, a atrofia genital deve ser de menos de 5 cms.

Dr. José Nemirowsky — Os dicionários que consultei indicam que há diferença entre lactação e secreção láctea ou amamentação. Daí o interesse com que procuramos estabelecer a diferença. Estou de acordo com o Dr. Francia Martins quanto à complexidade do problema relativo à formação de leite. Não encontramos referência a Engstrom na bibliografia que consultamos. Quanto ao diagnóstico síndrome em face da histerometria do caso apresentado (6,5 cms.), temos a dizer que, para afirmar a existência da atrofia genital, não consideramos este dado isoladamente, mas em conjunto com outros elementos, como sejam o encurtamento do colo, a atrofia e a hipoplasia no endométrio.

GADUSAN

O antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desintoxicante da tuberculose. "Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 31 DE AGOSTO DE 1948

Presidente: Prof. Raul Briquet

Sangue na gravidez. Estudos sobre o comportamento das proteínas, da hemoglobina e do hematócrito
— Dr. Sylvio de Oliveira Barros
— O trabalho foi publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, XXXIII, 181, outubro de 1948.

Comentários: Dr. Hamermez — Estou surpreso com os dados apresentados pelo autor. Tive oportunidade de acompanhar uma pesquisa do Dr. Abraão Salum, no Departamento de Química da Faculdade de Medicina em 1939 e 1940, em que ele usou o método de Kjeldahl, tendo colhido amostras variadas, de doentes e mesmo de gestantes, em número que não me ocorre no momento. Os dados obtidos eram sempre ao redor de 7 grs. Fico surpreso com a média baixa que foi encontrada pelo Dr. Sylvio de Oliveira Barros. Não seria uma decorrência do método? Seria interessante fazermos uma comparação com o método de Kjeldahl, que é mais preciso, porque essa dosagem de 5 grs. já corresponde a uma hipoproteïnemia nítida e é arriscado afirmar que há hipoproteïnemia na maioria das gestantes.

Dr. Francisco Cerruti — Os dados apresentados surpreendem porque o autor fez comparação dos casos observados no Brasil com os prisioneiros de guerra dos campos de concentração e verificou que os índices da nossa gente são ainda mais baixos. Provavelmente a causa reside, como já disse o Dr. Hamermez, no método de dosagem usado, porque a evolução dos casos foi normal. Tive um caso de paciente com vômitos graves e edema; mandei dosar a taxa de proteína, obtendo a taxa de 3 gramas; administrei plasma e a doente pouco tempo depois estava bem.

Dr. Osvaldo Bruno — Qual a explicação que o autor dá para o

aumento das proteínas no final da gestação?

Dr. Goffi — Tenho trabalhado bastante com o método de Phillips e os dados que tenho encontrado confirmam os que foram aqui apresentados. Quase sempre obtemos taxas em torno de 5 grs. Fiz, há pouco tempo, uma determinação muito interessante, usando como pacientes alguns colegas de trabalho e fiquei surpreso com as taxas baixas que obtive. Como o autor, também já obtive taxas altas em casos de feto morto e, possivelmente, esta elevação já se verifica quando ocorre o sofrimento fetal. Hoje mesmo tive oportunidade de dosar as proteínas em um caso em que havia sofrimento fetal, encontrando taxa ligeiramente elevada. Tenho a impressão que tudo isso é muito importante para as questões relativas à eclâmpsia.

Dr. Adolfo Goldenstein — Dejo lembrar um fato aqui referido pelo Prof. Rodrigues Lima, que fez, também, essa comparação de taxa de proteína em pessoas observadas no Rio de Janeiro com as dos egressos dos campos de concentração europeus, chegando à conclusão que as nossas taxas médias eram mais baixas.

Prof. Briquet — O trabalho tem grande valor e confirma a teoria de Dexter e Weiss, merecendo estudos mais detalhados.

Dr. Sylvio de Oliveira Barros — Os dados aqui citados, relativos ao trabalho do Prof. Oliveira Lima sobre a desnutrição da nossa gente, talvez respondam aos comentários feitos pelos Drs. Hamermez e Cerruti. Levantei um inquérito a respeito da alimentação e verifiquei a deficiência da alimentação proteica entre nós. Nas minhas dosagens obtive um valor máximo de 7,2 grs. e mínimo de 3,7 grs.; se se tratasse de erro ocasionado pelo método, provavelmente teríamos apenas valores baixos.

Seria interessante que todos procurassem observar esses casos com cuidado. Os meus casos já atingem cerca de 1000 determinações. Quanto à questão do edema, frisei que a hipoproteinemia não era causa única do edema, mas que, em todos os casos com edemas, sempre encontrei taxas baixas de proteínas. Quanto à causa do aumento de proteínas, talvez se possa atribuí-lo, em parte, à concentração de hemoglobina observada no período final da gestação. Deve, entretanto, haver outros fatores que requerem novos estudos.

Endometriose intestinal obstrutiva — Dr. João Lorenzo — O autor apresentou um caso de endometriose sigmoidiana obstrutiva. Em virtude da importância da afecção para o ginecologista e para o cirurgião geral, fez uma revisão do assunto, mostrando que, em certos casos, o diagnóstico é difícil, podendo ser confundido com processos cancerosos ou inflamatórios. Mostrou, ainda, a variedade e o poliformismo dos achados anátomo-patológicos. Apresentou dados históricos e citou importantes trabalhos. Deu a definição e mencionou as teorias que procuram explicar o desenvolvimento da endometriose. Mostrou o aumento da incidência à medida que melhor se conhece a moléstia. Mencionou as características clínicas mais comuns tais como a idade da paciente (oscilando entre 30 e 50 anos), a alta incidência de anormalidades menstruais, a esterilidade absoluta ou relativa, a longa história de perturbações intestinais e o aparecimento de obstrução intestinal progressiva, a exacerbação dos sinais no período menstrual e a ausência, em regra geral, de perdas sanguíneas. A sigmoidoscopia e a radiologia podem mostrar características que induzem ao diagnóstico. As características microscópicas foram resumidas. Finalmente, o autor sugeriu as diretrizes para o tratamento que, de forma geral, deve ser cirúrgico, indicando-se excepcionalmente o röntgenterápico.

Comentários: — Dr. Domingos Delascio — Interessante no caso

apresentado é que se tratava de endometriose do septo retovaginal, que se propagou para o cólon. Nem sempre é fácil o diagnóstico diferencial entre endometriose retovaginal e carcinoma do reto. Goodall acha que a ausência de lesões da mucosa nos casos de endometriose é de importância para tal diagnóstico. A retossigmoidoscopia pode permitir diagnóstico diferencial porque o carcinoma sempre se inicia na mucosa, ao passo que a endometriose se inicia externamente a ela. Nem sempre é fácil estabelecer qual a melhor conduta terapêutica nos casos de endometriose retovaginal. Julgo que o Dr. João de Lorenzo tem razão quando salienta a importância de certos elementos para o estabelecimento desta ou daquela conduta terapêutica. No caso apresentado, a paciente tinha 46 anos de idade, de modo que a castração seria uma intervenção menos grave do que a ressecção. Além disso, seria preciso considerar qual seria a melhor forma de castração, radiológica ou cirúrgica.

Dr. José Nemirowsky — As estatísticas nacionais são extremamente pobres sobre a endometriose intestinal e, em geral, ficamos chocados com o grande número de casos relatados nos Estados Unidos. Alguns atribuem essa diferença na incidência da moléstia às dificuldades diagnósticas.

Dr. João de Lorenzo — Há grande dificuldade no diagnóstico da endometriose do reto pela biópsia; esta deve ultrapassar a mucosa para ser positiva. Em geral, a mucosa não é afetada. Em 16 casos biopsiados não encontrei elementos para diagnóstico. Nos casos de endometriose retovaginal é muito difícil atingir o foco da endometriose. No caso que relatei, a doente foi submetida à colostomia, mas permitiu exame minucioso da pelve para diagnóstico da endometriose. Quanto à castração, salientei que a doente apresentava um processo difuso e acredito que, se tivéssemos percebido que se tratava de um caso de endometriose, teríamos feito a castração, porque a paciente tinha 46 anos de

idade. A ressecção foi feita como se se tratasse de câncer. Se tivéssemos a certeza absoluta do diagnóstico de endometriose, talvez tivéssemos feito cirurgia conservadora ou apenas terapêutica radium-terápica. De uma forma ou de outra, o resultado operatório foi bom,

funcionando bem o ânus artificial. Estou de acordo com as considerações feitas pelo Dr. José Nemirowsky acerca da menor incidência da endometriose em nossos meios. Creio que, se procurarmos com mais cuidado, encontraremos maior número de casos.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE SETEMBRO DE 1948

Presidente: Prof. Raul Briquet

Prognóstico do feto e do recém-nascido na eclâmpsia — Drs. Busamara Neme e J. Soares Bicudo — Os AA. estudaram 61 casos de eclâmpsia ante e intra-parto internados na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo (Serviço do Prof. Raul Briquet) e salientam que apenas 15% dessas pacientes fizeram tratamento pré-natal ou estavam matriculadas no Serviço. O material estudado permitiu as seguintes conclusões: 1 — Por ocasião da internação e independente de qualquer tratamento, o abituário fetal intra-útero atingiu 39%; 2 — Após internação e tratamento, a mortinatalidade foi de 10,3%; êsse abituário não se relacionou a trauma de parto ou abstenção de intervenção cirúrgica; 3 — A mortalidade neonatal foi de 11,4%, sendo diretamente responsável a inviabilidade; 4 — A incidência de asfixia foi de 40%, distribuindo-se em 22,8% para a asfixia moderada e 17,2% para a asfixia grave; 5 — A maior incidência de óbito fetal ante-parto

nas multiparas se relacionou a processos vâsculo-renais anteriores; 6 — O exame especializado de filhos de mães eclâmpicas entre 5 meses e 3 anos não demonstrou alterações clínicas que pudessem ser relacionadas com o processo anterior de toxemia gravídica.

Diagnóstico diferencial entre a eclâmpsica e a encefalopatia no decurso da arsenoterapia da gestante — Dr. Celso Menzen de Godoy — O autor estudou o problema da patogenia da encefalite arsenical, forma convulsiva, à luz dos dados atuais da literatura. Apresentou as características clínicas do processo e examinou os principais elementos para o diagnóstico diferencial com a convulsão eclâmpsica.

Comentários: Prof. Raul Briquet — Julgo que a biópsia do fígado deveria ser usada para o diagnóstico diferencial da encefalite arsenical. O autor deveria abordar, também, a questão relativa à terapêutica.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO DE 1948

Presidente: Dr. Pedro Refinetti

Afecções cirúrgicas da região inguino-escrotal na criança — Dr. Auro A. Amorim — O autor focalizou as diversas afecções cirúrgicas da região inguino-escrotal na criança, chamando a atenção dos pediatras e dos médicos práticos, a fim de que as indicações do tratamento sejam corretas e oportu-

nas. Para a boa compreensão da gênese das afecções que se localizam nessa região, fez breve recapitulação embriológica da migração dos testículos e da formação do canal peritônio-vaginal, no homem, e do canal de Nuck, na mulher. A parada do desenvolvimento em determinada época embrio-

ELECTRARGOL

PRATA COLOIDAL ELETRICA ISOTANICA ESTABILIZADA

ANTI-INFECCIOSO GERAL E LOCAL

de

Ação leucocitogenea e fagocitaria comprovada

Empolas de 5 cc. - Caixas de 3, 6 e 50 emp.

Empolas conta-gotas de 25 cc.

para instilações nazo-oculares.

Laboratorios GLIN — Comar & Cie. — Paris

POMADA DE INSULINA BYLA

Agente de cicatrização local

BISNAGAS DE 12 GRS. CONTENDO 60 U. I.

Úlceras varicosas - Chagas atônicas - Antrazes

Etablissements BYLA - Paris

Produtos Fabricados pelos

LABORATORIOS GALLIA, LTDA.

RUA DR. SÁ FREIRE, 227 — RIO DE JANEIRO.

Agentes e distribuidores: F. PIERRE & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO

C. POSTAL, 489

SÃO PAULO

TEL. 6-5111

nária dá origem à formação das hérnias inguinais e inguino-escrotaes, das hidroceles vaginaes, dos cistos do cordão e das criptorquidias. As afecções cirúrgicas focalizadas, em ordem decrescente de incidência, foram: hérnia inguinal e inguino-escrotal, hidrocele vaginal, cisto do cordão, criptorquidia, torsão do testículo e torsão da hídatide de Morgagni. O autor particularizou, em cada uma dessas afecções, os sintomas objetivos, o exame do doente, diagnóstico, diagnóstico diferencial e complicações. O diagnóstico diferencial foi tratado com minúcias, assim como as complicações possíveis, especialmente as de ordem psíquica, capazes de acarretar complexos às crianças portadoras de algumas dessas afecções. As indicações do tratamento foram focalizadas detalhadamente, baseando-se o A., para isso, em sua experiência pessoal. O trabalho foi ilustrado com projecção de diversos dispositivos.

Comentários: Dr. Pedro Refinetti — Pergunto se punções sucessivas não têm efeito curativo nos casos de cisto do cordão; tais punções não parecem ser perigosas, porque a vascularização do cordão é menor que a da cavidade vaginal da hidrocele. Em relação ao tratamento hormonal da criptorquidia, nossos resultados concordam com os que foram aqui apresentados, não sendo brilhantes como aqueles geralmente consignados na literatura.

Dr. Auro A. Amorim — Nunca fizemos punções em casos de cisto do cordão, porque os vasos oferecem grande perigo, e não se tem localização exata para a introdução da agulha com segurança. Nenhum cirurgião faz punções nesses casos. Na hidrocele o caso é que não dá o resultado que geralmente se espera. Há quem afirme que é bom tratamento, pelo menos como coadjuvante da operação. Tivemos recentemente um caso em que tentamos esse tratamento, mas só conseguimos resultados com a cirurgia.

Censo luético de 0 a 2 anos — Dra. Maria Aparecida Zacchi, Drs. Augusto Gomes de Matos, Durval Rosa Borges, Fábio Barreto Mateus, Felix de Moraes Sarmento, João de Oliveira Faria, Oswaldo Benedito Verroni, Paulo Gorga, Rafael Paciornik e Vandik de Freitas — Para verificar a frequência da sífilis congênita, os autores examinaram 250 crianças, sem seleção, de 0 a 2 anos de idade, matriculadas no período compreendido entre 4-11-47 e 171-48. As mães, além de interrogadas, fizeram as reações de Wassermann e Uahn. As crianças foram divididas em três grupos de idade: de 0 a 3 meses (100), de 3 a 6 meses (50), de 6 a 24 meses (100). O primeiro grupo foi examinado clínica e radiologicamente; o segundo, clínica, e radiologicamente; o terceiro, clínica e sorologicamente. O primeiro grupo foi destinado a ser examinado em continuação, a fim de se verificar, do 3.º mês em diante, o contingente de positividade sorológica, o valor da prova radiológica e as modificações dos sinais clínicos. Para classificar as crianças como sífilíticas, foram estabelecidas as seguintes condições: a) reações sorológicas positivas na mãe e no filho; b) reação sorológica positiva acompanhada de sinais clínicos ou sinais radiológicos; c) duas provas sorológicas positivas feitas com intervalo, sem sinais clínicos, nem radiológicos. Com as restrições impostas pelo número reduzido de casos, os autores apresentam as seguintes conclusões finais e precipuas: 1) a soropositividade de 257 mães foi de 6,11%; 2) a soropositividade de 150 crianças, entre 3 meses e 2 anos de idade, foi de 5,33%; 3) a percentagem de sífilis entre 150 crianças, de 3 meses a anos de idade, foi de 3,33%.

Comentários: Dr. Pedro Badra — Quer-me parecer que a parte doutrinária do trabalho vem trazer uma conclusão que é, para nós, um tanto chocante; julgo inconveniente não catalogar como sífilítica uma criança com soro-reacção negativa mas com sinais clínicos de

lres e filha de mãe reconhecida-mente sifilitica.

Dr. J. C. Bicudo — Desejava fazer duas perguntas: 1) qual a evolução nas 16 crianças de 0 a 3 meses que iveram resultados radiológicos positivos?; 2) qual o valor que os autores dão à radiologia nos três primeiros meses de idade? Tenho visto casos discordantes entre radiologia positiva e negatividade do exame necroscópico, mostrando a não existência de treponemas. Outros casos, radiologicamente negativos, mostraram, à necrópsia, a presença do treponema. Penso que a radiologia, nos primeiros 3 meses de vida, não é concludente.

Dr. A. Gomes de Matos — Do ponto de vista de um censo, não era possível adotar outro critério que não o baseado na positividade da sôro-reacção. A especificidade das provas sorológicas feitas por pessoas com alga experiência e técnica desejável, é elemento de segurança. Reconheço que, los resultados de nossos laboratórios, há muitas contradixes. Não sei se o material é impróprio ou se variam as técnicas, mas isso não constitui método científico para alterar o meu critério anterior. Não existem provas de que um caso melhorou porque tomou arsênico. Não podemos, também, provar que alguém era sifilitico, porque tomou arsênico e melhorou. Não se pode fazer essa relação. Não é verdade que a prova terapêutica seja igual à prova clinica. Um tratamento pode beneficiar o indivíduo e modificar a sua reacção, sem que se trate de sífilis. Nada posso informar quanto à evolução das 16 crianças citadas pelo Dr. Bicudo, pois os dados estão sendo coligidos agora. Sobre o valor da radiologia, concordo com as objeções do Dr. Bicudo. Não se pode fazer diagnóstico radiológico da sífilis. A respeito desse assunto recomendo a leitura de trabalho publicado, há dois anos, pela escola chilena de Pediatria. Só quando se encontram trefonemas é que se pode ter absoluta certeza do diagnóstico.

A sôro-reacção de Wassermann na criança hospitalizada (comentários sobre os resultados de 1192 reacções) — Drs. Humberto Cerruti e Pedro Refinetti — O trabalho foi publicado na Revista Paulista de Medicina, XXXIII, 195, outubro de 1948.

Radiografia óssea e sôro-reacção de Wassermann na sífilis congênita — Drs. Pedro Refinetti e Dante Fontanesi — No serviço de Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Aparecida os autores radiografaram os ossos longos de 75 crianças com sífilis evidente, e 35 com sinais clinicos prováveis e reacção sorológica negativa. O material foi dividido em: 1.º grupo — a) radiografias de recém-nascidos de mães sifiliticas (15 casos); b) radiografias de lactentes nos primeiros 12 meses de vida com sorologia positiva e sinais clinicos de sífilis congênita (36 casos); c) radiografias de crianças acima de 13 meses, com sorologia positiva e sinais clinicos de sífilis (24 casos). 2.º grupo — a) radiografias de crianças com sorologia negativa e sinais clinicos de sífilis congênita prováveis (35 casos).

No primeiro grupo, no total de 75 radiografias, 33 foram positivas (44%): a) recém-nascidos — 15 radiografias, sendo 3 positivas (20,0%); b) lactentes até 12 meses — 36 radiografias, sendo 26 positivas (72,2%); c) acima de 13 meses — 24 radiografias, sendo 4 positivas (16,6%). Considerando os meses de vida da criança com alterações radiológicas luéticas encontramos: de 0 a 5 meses, 0 radiografias (69,6%); de 6 a 12 meses, 9 radiografias (27,2%); acima de 13 meses, 4 radiografias (12,1%).

O segundo grupo constava de radiografias em crianças com sorologia negativa e sinais clinicos de sífilis congênita provável: abaixo de 6 meses (19 casos); de 7 a 12 meses (9 casos); de 13 a 24 meses (7 casos). Os resultados radiológicos nestas 35 crianças revelaram, em 2 casos, lesões de periostite não eram devidas à sífilis; em um caso, a prematuridade

e, no outro, o raquitismo, talvez tenham sido causa da imagem radiológica. A mortalidade nestes 35 casos positivos foi de 30,3%.

Os autores concluem: 1) Nos lactentes abaixo de seis meses de idade, com sífilis congênita, os sinais radiológicos foram positivos em 60,6% dos casos; 2) Nas alterações radiológicas luéticas, as reações sorológicas foram sempre positivas. As alterações do periosteio observadas em dois casos com sorologia negativa, vieram mostrar que podem existir quadros radiológicos duvidosos e de difícil interpretação; 3) Os lactentes dos primeiros meses de vida, com alterações ósseas sífilíticas, apresentaram sempre sinais clínicos de certeza da infecção; 4) A mortalidade foi elevada, alcançando a alta cifra de 57% nos três primeiros meses de vida.

Comentários: Dr. A. Gomes de Matos: É grande o valor da comparação de dados clínicos, radiológicos e sorológicos para se verificar o aparecimento, em fase precoce, de casos de sífilis; a ra-

diologia tem grande utilidade, porque fornece elementos mais precocemente. Verificada uma alteração óssea em determinada criança nos 3 primeiros meses de vida, devemos observar minuciosamente o caso e aguardar sua evolução sorológica para diagnóstico de certeza. Entretanto, é muito perigoso pensar "sífiliticamente" em todos os casos.

Dr. J. C. S. Bicudo: A questão das dificuldades do diagnóstico da sífilis por falta de recursos, por falhas da radiologia, pela incerteza da reação sorológica, já foi muito discutida nos Estados Unidos; a conclusão a que chegaram os norte-americanos é a de que se deve manter a criança sob observação até momento oportuno para diagnóstico seguro.

Dr. Manuel de Almeida: O trabalho de Chiappa "Osteoperiostite, osteocondrite e osteomielite não sífilíticas do recém-nascido e pequeno lactente" pode ser lido no número de fevereiro de 1946 dos "Arquivos Argentinos de Pediatría", onde foi publicado na íntegra.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 15 DE SETEMBRO DE 1948

Presidente: Dr. Pedro Refinetti

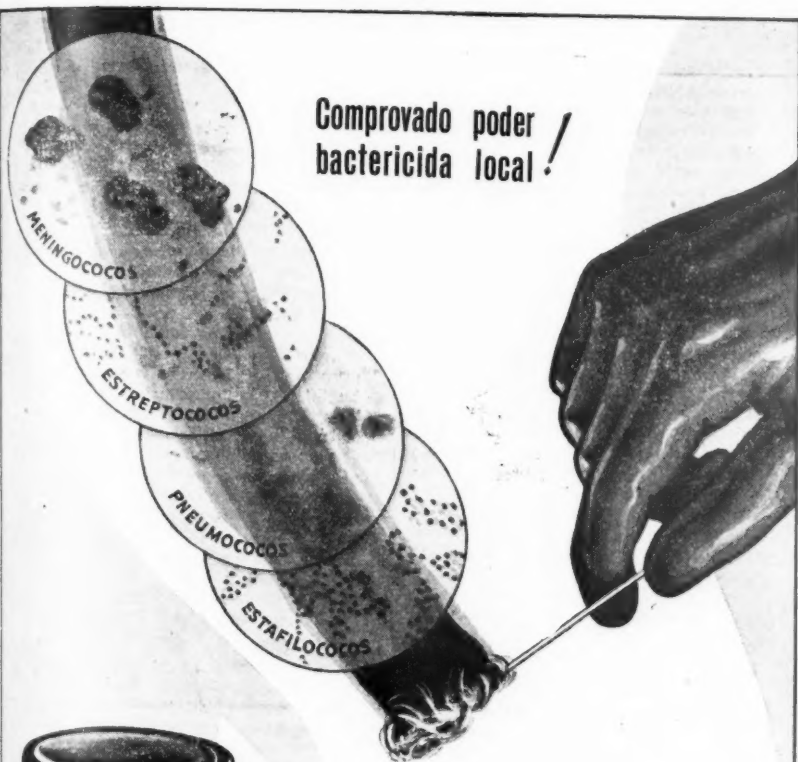
Departamento Municipal de Assistência à Infância e Maternidade

— Drs. Smith de Vasconcelos e Alberto Nupieri. Os autores justificam um projeto de sua autoria apresentado pelo Dr. Smith de Vasconcelos, vereador municipal, à Câmara Municipal, criando, na Prefeitura de São Paulo, o Departamento de Assistência à Infância e Maternidade, nos moldes dos estatutos similares de New York e Códigos de Criança de Buenos Aires, Montevideo e Caracas. O projeto reflete a necessidade de estender às crianças paulistanas os benefícios do setor infantil do Hospital Municipal, até agora concedidos apenas aos filhos dos servidores municipais. A prefeitura Municipal deve contribuir com o seu quinhão na campanha de redução da criança brasileira. É

humilhante para o Brasil, o seu panorama nosográfico: 12 milhões de verminóticos, 8 milhões de impaludados, 1 milhão de tuberculosos, 100.000 cegos, 50% dos sorteados excluídos das fileiras do exército por déficits psicossomáticos. Quanto à mortalidade infantil, os índices são pavorosos, e enquadram o nosso país na frase de Paul Strasse: "a vergonha suprema de uma civilização".

O programa do Departamento está sintetizado no artigo 1.º do projeto: "Fica criado o Departamento Municipal de Assistência à Infância e Maternidade, que visará o desenvolvimento harmônico da criança em todos os seus aspectos e idades, o combate à mortalidade em todas as suas causas e o amparo à mulher em sua condição de mãe e de futura mãe". Real-

**Comprovado poder
bactericida local !**



SULFA + MERCUROCROMO

Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: Far. FAUSTO SPINA
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

zará: campanhas de difusão dos postulados da higiene na infância, eugenia, assistência pré-nupcial e pré-concepcional, ficha biotipológica de todas as fases da criança; estímulo e auxílio às entidades privadas similares, com as quais organizará patronatos zonais, constituindo, todas, o Grande Conselho da Criança Paulistana, para melhor desenvolvimento de um programa unitário; criará colônias de campo nas montanhas e zonas marítimas, para débeis e convalescentes; consultório ambulante materno-infantil e odontológico; maternidade para mães solteiras, abandonadas e indigentes; lar supletivo.

No projeto, o vereador Vasconcelos considera fundamental, para realizar em condições racionais e satisfatórias um programa de proteção à infância, seja consignada uma verba de 20% sobre a receita destinada ao ensino, verba que, para o ano próximo, é calculada em 90 milhões de cruzeiros; assim, caberão 18 milhões para o Departamento. A mortalidade infantil é, em nosso metrópole, ainda muito alta. O projeto encara a indissolubilidade do binômio mãe-filho, o entrosamento harmônico de todas as entidades a ele vinculadas, sob a supervisão do Grande Patronato da Criança Paulistana, tudo subordinado a um plano geral metódico, conforme a Carta de Genebra de 1924, ratificada pelos 4.º e 7.º Congressos Pan-Americanos da Criança.

Comentários: Dr. Paiva Ramos: Trata-se de idéia brilhante, que merece o apoio de todos os pediatras; é necessário ter-se em conta o perigo da burocracia de que pode ser vítima esse departamento, bem como acautelar-se para que o número excessivo de funcionários não venha acarretar despesa que tome toda a verba de que seria possível dispor. Outra questão é a que diz respeito aos médicos dos serviços, que deverão fazer tempo integral, principalmente o diretor. Além disso, devemos levar em consideração um fator muito importante, que é a alimenta-

ção, com a qual resolveremos grande parte dos nossos problemas. Daí a necessidade de uma faixa de produção de leite em volta da cidade de São Paulo, para que possamos ter esse precioso alimento e seus derivados com mais facilidade.

Dr. Smith Vasconcelos: E' minha a idéia de um cinturão agropecuário em volta da cidade de São Paulo. Sobre esse assunto fiz já três discursos na Câmara Municipal e estamos elaborando um projeto de lei que inclua até a desapropriação de terras, com aquela finalidade. E' um projeto socialista, muito condizente com a nossa época e com o espírito de todos os médicos, porque somos nós que sentimos mais de perto as necessidades do povo e a sua miséria. O projeto inclui a instalação de granjas e a construção de uma estrada que abranja toda a periferia de São Paulo. Assim, teremos, com facilidade, granjas, leite, frutas, verduras e hortaliças.

Dr. Alberto Nupieri: Discordo do que disse o Dr. Paiva Ramos, apenas no tocante ao tempo integral dos médicos; sou de opinião que os médicos necessitam de tempo para que possam estar sempre ao par da evolução da Medicina.

Dr. Arruda Sampaio: Julgo que a moção de solidariedade ao projeto que foi aqui discutido deve ser condicionada à aprovação de outros fatores que resolverão a produção agrícola e pastoril e que permitirão dar ao povo alimento de melhor qualidade por menor preço. O governo não deve dar alimentos, porém vendê-los por preço acessível a todas as bolsas. Estou de pleno acôrdo com as idéias expostas pelo Dr. Paiva Ramos.

Dr. Smith de Vasconcelos: A execução do projeto levará muito tempo; nesse interim, o cinturão agropecuário será realizado.

Dr. A. Gomes de Matos: Seria interessante convocar nova sessão para se discutir o assunto e para se ter apoio mais amplo dos pediatras de São Paulo.

Dr. Alencar de Carvalho: Sou de opinião que se deve dar todo o apoio a esse projeto, o que servirá de estímulo ao seu autor.

Dr. Pedro Refenetti: Em vista dos comentários feitos, e na qualidade de presidente, dou inteiro apoio ao projeto; marcarei uma próxima sessão para que o problema seja amplamente debatido.

Tratamento da insuficiência cardíaca na criança — Dr. Quintiliano H. de Mesquita. O autor fez um estudo sobre a insuficiência cardíaca da criança, abordando o assunto sob os pontos de vista etiopatogênico, fisiopatológico e terapêutico. Sobre a etiopatogenia, estudou a febre reumática como a causa mais freqüente e responsável, portanto, pela quase totalidade dos casos. Abordou, ainda, a difteria e a salmonelose como mais raras causas que desenvolvem a insuficiência cardíaca da primeira infância, ou "Síndrome de degeneração miocárdica não supurativa com dilatação e hipertrofia" e, também, a avitaminose B₁, tesaurosíose glicogênica (doença de von Gierke) e mixedema. Descreveu, depois, os aspectos físicos e fisiopatológicos da falência cardíaca da criança, acentuando que ela se diferencia da do adulto, pela ausência, que deve ser conseqüente à precoce insuficiência funcional da tricúspide. Esta propicia a congestão hepática, o decúbito indiferente no leito (ausência de ortopnéia) e é responsabilizada pela infiltração edematosa da face. Acentuou a caridade do edema agudo do pulmão na infância e justificou-a pela presença da incompetência tricúspide. Referiu que a ortopnéia tem sido notada somente em casos com hidrotórax ou na cardite reumática recorrente, superposta à lesão orovalvular que sobrecarrega o ventrículo esquerdo e o descompensa isoladamente. Acha que, nestas condições, se torna possível a observação de edema agudo do pulmão.

Considerando a precocidade da incompetência tricúspide nos casos de insuficiência cardíaca por pro-

cessos de natureza toxinfeciosa, registrou, também, o aumento do fígado como um dos primeiros sinais. Por outro lado, a diminuição do fígado é gradual e pari passu com a regressão dos fenômenos da descompensação cardíaca, só desaparecendo quando a função cardíaca é recuperada. Julga que, nos estados toxinfeciosos com insuficiência cardíaca, todas as cavidades apresentam uma dilatação miogênica de Moritz, com falência dos dois ventrículos; sendo de notar o tipo predominante de insuficiência ventricular direita, por ser o ventrículo direito menos resistente e também devido à incompetência da tricúspide.

No tocante à terapêutica, acentuou que os efeitos dos tonicardíacos na cardite reumática com insuficiência cardíaca dependem, em grande parte, da medicação anti-reumática representada pelo salicilato de sódio e que deve ser realizada concomitantemente. Afirmou que, sem o controle cuidadoso da causa primária vigente, não se consegue debelar a insuficiência cardíaca, pois não se dá a necessária fixação do tonicardiaco nomiocárdio. Pensa o autor que os resultados terapêuticos dependem, sobretudo, desta conduta, isto porque o sucesso quase sempre está condicionado ao controle da causa primária e nem sempre ao verdadeiro grau da insuficiência cardíaca. O autor dá preferência ao uso da digital por ser o cardiotônico de mais fácil emprego, dosagem e reajustamento, e por ser administrado com segurança por via oral. Recomendou o emprego da estrofantina em casos de emergência, por se tornar difícil o seu emprego em casos comuns, em pacientes geralmente edemaciados.

Estabeleceu, portanto, que a digital é o elemento básico no tratamento da insuficiência cardíaca da criança. Administra a digital em função do grau da insuficiência cardíaca, avaliado pela maior ou menor gravidade dos sinais e sintomas circulatórios; estabelecendo uma dose máxima limite para o primeiro período de 24 horas, mantendo ou variando para menos as

doses nos dias subseqüentes, de acôrdo com as reações favoráveis, o estado inicial inalterado ou o aparecimento de manifestações tóxicas. Em tese, o autor não emprega, nas primeiras 24 horas, mais que 0,6 mgrs. (XXX gts. da solução milesimal) de digitoxina ou digitalina, ou de 0,30 gr. de extrato total de digital, por via oral. Nos dias seguintes, vai administrando o medicamento em doses quase sempre iguais ou ligeiramente inferiores à dose inicial, levando em conta o natural acúmulo da digital, que se processa na fibra miocárdica, e a vagarosa eliminação. Assim, estabelece a supervisão estreita da criança até o aparecimento de sinais e sintomas que caracterizam a compensação cardíaca; passando em seguida a uma dose de manutenção diária, que não excede comumente a 0,2 mgr. de digitoxina ou a 0,15 gr. de extrato total de digital. O autor acentuou que o coração da criança em estado de completa descompensação cardíaca necessita de doses relativamente muito maiores que o do adulto. Salientou, ainda, a inadaptabilidade do método de Eggleston para a criança. A salicilatoterapia é feita de acôrdo com o método de administração de Lichtwitz.

O autor apresentou uma série de 10 casos de grave insuficiência cardíaca, assim distribuídos, segundo o diagnóstico etiológico: 7 casos de cardite reumática, 1 caso de miocardite diftérica, 1 de miocardite por salmonelose e 1 de etiologia desconhecida. Os pacientes tinham a idade limite de 21 meses, para o mais jovem, e de 14 anos, para o mais velho.

Comentários: Dr. A. Gomes de Matos: Desejaria perguntar se, mesmo em crianças pequenas, é indicado o tratamento a que se referiu o autor, ou se só é usado com crianças de mais idade. Quero ainda trazer uma contribuição de um caso que observei. Tratava-se de uma criança com osteomielite e que, no 20.º dia, apresentou-se, abruptamente, com quadro de insuficiência cardíaca. Mediquei com digitalina, usando "doses de médico clínico geral" e, apesar de ter o processo osteomielítico bilateral durado dois anos e meio, apesar de infectada por estafilócocos, a criança não teve mais nenhuma manifestação de insuficiência cardíaca.

Dr. Quintiliano Mesquita: Usamos, para crianças, doses mais baixas que no adulto, mas não as doses muito baixas recomendadas há anos atrás. Hoje empregamos doses de 30 miligramas sem qualquer preocupação. A digital deve ser administrada sob contróle médico rigoroso, a fim de se obter o máximo de seus efeitos. O médico que trata uma insuficiência cardíaca deve ver o doente três vezes por dia. De um modo geral, procura-se dar quantidades relativamente altas, porém dentro dos limites de segurança. O caso referido pelo Dr. Gomes de Matos é muito interessante. Tivemos um caso bastante semelhante, no qual, apesar das providências tomadas, o doente veio a falecer. Creio que se tratava de septicemia. É difícil explicar a patogenia da insuficiência cardíaca nesses casos. Talvez se trate do que Fischer denominou de "choque cardíaco".

A Terapêutica eficaz do aparelho circulatório

NATRIFILIN

Coronário-Dilatador — Diurético



PROPIONATO DE TESTOSTERONA

- NO HOMEM** — Melhora o metabolismo muscular
Aumenta o tonus psíquico
Estimula os centros gênito-motores.
- NA MULHER** — Neutraliza a hiperfunção ovariana
Combate a congestão mamária.
- NO ADOLESCENTE** — Produz o desenvolvimento sexual,
físico e psíquico.

Caixa com 4 ampolas de 5 mg.
Caixa com 4 ampolas de 10 mg.
Caixa com 2 ampolas de 25 mg.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 9 DE OUTUBRO DE 1948

Presidente: Dr. Alcantara Madeira

"Lepra murina: estudo patogênico evolutivo no rato inoculado pela via peritoneal" — Drs. Walter Hadler e A. C. Mauris. Estudam os A. A. minuciosamente os vários estádios evolutivos da lepra murina, inoculando ratos por via peritoneal. O trabalho baseia-se no estudo patogênico evolutivo realizado sob essa base revelou que a genese das lesões é sempre idêntica, em todos os órgãos e segue esta ordem: — proliferação dos elementos reticulares, aparecimento de células leprosas, infiltrados e nódulos leprosos delimitados. Nos vários órgãos observam-se lesões assim descritas: 1) Peritônio: na primeira fase o processo se passa no interior da cavidade peritoneal e na segunda, na intimidade da serosa, onde surgem células leprosas, infiltradas e nódulos, a partir do 7.º dia que sucede à inoculação; 2) Ganglios linfáticos: — proliferação das células histiocitárias do seio marginal 24 horas após a inoculação. No 5.º — 6.º dia formam-se os primeiros nódulos leprosos, que aumentam em tamanho progressivamente, tornam-se coalescentes, destruindo grande parte do tecido linfóide; 3) Fígado: — entre o 20.º e 25.º dia notam-se os primeiros infiltrados leprosos junto dos vasos e logo após os primeiros nódulos. Os nódulos progressivamente aumentam de diametro e se fundem, causando grandes destruições do parenquima do órgão; 4) Baço: — após 25 dias surgem os primeiros infiltrados leprosos e logo os nódulos, que aumentam pouco seu diametro e se estacionam. Ha lesões da polpa vermelha e branca; 5) Rins: — ausência de lesões específicas, sendo as lesões degenerativas descritas nos túbulos, que se assemelham à "degeneração hialina punctata". 6) Pulmões: — após 60 dias aparecem infiltrações le-

prosas peri-vasculares, que dão origem a nódulos pouco depois. Por volta do 100.º dia observam-se nódulos nos septos alveolares; 7) Medula ossea: — depois de 30 dias ha infiltrados e nódulos leprosos, e em alguns casos ha destruição do tecido hematopóietico e lesões osseas; descrevem os A. A. vários outros órgãos atingidos. Os A. A. chamam a atenção que a inoculação peritoneal do B. St., origina em ratos jovens, uma infecção generalizada, com evolução progressiva, com lesões constantes e sem tendência à regressão espontânea.

Discussão: — o dr. Madeira indaga dos autores sobre a presença de lesões nervosas e diz que na lepra humana as lesões pulmonares são quase sempre rotuladas como associação com tuberculose e que as lesões lepróticas renais no homem, seriam raramente primitivas. O dr. Hadler esclarece que no rato, como no homem poude observar até atrofia do sistema nervoso periférico, que era atingido por contiguidade; diz que as lesões lepróticas pulmonares nesse animal são constantes e as renais se referem à infiltração das cápsulas e não do parenquima.

"Quimioterapia experimental da lepra" — Drs. A. C. Mauri e W. A. Hadler. Aplicação da lepra murina como test de controle experimental de compostos quimioterápicos; preconização de um metodo", na falta decultura e de animais sensíveis ao m. l. hominis os A. A. preconizam o uso da lepra murina para o controle experimental de compostos quimioterápicos. Baseiam-se os A. A. no fato da inoculação do m. l. muris, via peritoneal, produzir 100% de generalização da moléstia, nos animais. Inoculam os animais e iniciam o

tratamento 6 dias após, observando então os possíveis efeitos, comparativamente a animais não submetidos às drogas. Essa comparação tem base histopatológica e bacterioscópica e é feita a partir do 3.º mês de tratamento, prolongando-se até a morte natural dos animais. Chamam a atenção para os ganglios retro-peritoneais e mediastínicos e medula óssea. Empregam estes 36 animais, dos quais 12 não recebem a droga, servindo de testemunhos. As substâncias a experimentar são introduzidas pela via peritoneal e bucal, em doses altas, porém não tóxicas. Tecem comentários sobre as relações entre a lepra humana e murina e respectivos agentes, considerando as duas moléstias, próximas. Essa semelhança permite esperar que os resultados obtidos em relação a um dos bacilos, sejam pelo menos parcialmente válidos para o outro e portanto dignos de serem considerados na orientação de pesquisas de tratamento. O desenvolvimento dos testes de pesquisas feitos em animais é justificável, até que se comprove o contrário ou se consiga a inoculação do B.H.. A finalidade dos A.A. com esse método, é contribuir para a orientação das pesquisas de tratamento no homem; julgam a lepra murina como via científica prática e possivelmente eficiente.

Discussão: — O dr. Madeira felicitando os autores, diz estar de acordo de que as experiências em animais são muito uteis dada a semelhança entre a lepra murina e a humana, esperando num futuro próximo conjugar o trabalho dos Mauri e Hadler com as experimentações do Instituto de Pesquisas, oficialmente recém-criado. Comenta ainda os trabalhos de dr. Danilo Cunha e o dr. Mauri agradece.

3.º) Novamente com a palavra o dr. Mauri para ler o seguinte comentário, em colaboração com dr. W. A. Hadler: — "Sobre o editorial da Rev. Bras. de Leprologia, 16:71, 1948; considerações sobre a experimentação em lepra". O dr. Mauri faz várias justificações às pesquisas que os A.A. fizeram com

referência às diversas drogas usadas na lepra humana, que os mesmos aplicaram à lepra murina, justificações essas que os A.A. houveram por bem fazer, em vista de determinado tópico do referido editorial. O dr. Madeira com a palavra, comenta que se bem não tenha sido o autor daquele editorial, estava em condições de garantir que seu conteúdo absolutamente não se referia às experimentações do A.A. que eram considerados pesquisadores de alta responsabilidade, cujos trabalhos eram acatados com o máximo respeito e admiração.

O dr. Madeira ainda com a palavra indaga da casa sobre a possibilidade de ser lido pelo dr. Danilo N. Cunha, um seu trabalho não previamente inscrito. Aprovado pela casa o dr. Danilo lê a seguinte comunicação: — "Considerações em torno do conceito imuno-alérgico na lepra. Considerações etio-imunoterapicas". O A. não forneceu resumo do seu trabalho de modo a constar da ata e também não houve discussão do mesmo, visto o adiantado da hora.

O dr. Madeira lembra à casa que a próxima reunião da Sociedade será em Pirapitingui, estando já com trabalhos inscritos os drs. Linneu e Cortez. O dr. Renato Braga indaga da possibilidade de ser também em Pirapitingui a reunião conjunta com a Sociedade Mineira de Leprologia, porém o sr. Secretário lembra que para a 4.ª Reunião conjunta a ser realizada neste Estado, havia sido deliberado o seguinte temário: — "1.º) Conclusões e Diretrizes da Conferência de Cuba; 2.º) Bases de tratamento do mal perfurante; 3.º) Bases da propaganda anti leprótica. Nota: — recomenda-se o estudo da R.L. como provável tema da 5.ª Reunião conjunta, para a qual deverão ser convidados outros Estados da Federação". Nessas condições o sr. secretário considera que o tempo é escasso para o preparo do temário, propondo que se adie a reunião conjunta. Nada mais havendo a tratar, o sr. Presidente agradece aos oradores e dá por terminada a sessão.

SESSÃO DE 28 DE OUTUBRO DE 1948

Presidente: Dr. Alcantara Madeira

"Lepra ocular: os resultados obtidos pela sulfonoterapia" — Dr. Francisco Amendola. Faz o autor referência à predileção da lesão leproática pelo segmento anterior do olho, ligando esse fato a secreção lacrimal, o que justificou a extirpação dessa glandula, operação essa que era frequentemente praticada pelo autor com única medida para esses casos e que agora sua necessidade vai se fazendo mais rara, em vista dos resultados da sulfonoterapia. O segmento anterior sendo embriologicamente semelhante ao tegumento cutâneo, existindo nele células de S.R.E. estaria pois em condições de abrigar as lesões da lepra. Fala em seguida sobre os diferentes sinais da lesão ocular, estabelecendo um tratamento de emergência que o leprologo poderá fazer, na ausência do oculista. Encerrando sua palestra, salienta a raridade das com-

plicações oculares que diminuíram atualmente de 90%, com a terapêutica sulfônica.

"Cirurgia plástica na lepra" — Dr. Lineu Silveira começa o autor por fazer um breve resumo histórico da cirurgia plástica, citando os métodos italiano e indiano, comentando a falta absoluta de qualquer referência sobre a aplicação dessa cirurgia nos casos de lepra, tendo merecido o merito, o Serviço de Lepra de São Paulo de ser o primeiro a praticar esse genero de intervenção. Projetando numerosas fotografias de doentes, foi descrevendo a técnica que empregava no A.C. Pirapitingui para essas restaurações, tornando possível, dentre outras coisas, a saída dos doentes que estavam em cura clinica mas que dado seus estigmas seriam repellidos fatalmente pela sociedade.

SESSÃO DE 13 DE NOVEMBRO DE 1948

Presidente: Dr. Alcantara Madeira

"Tratamento do pé paralítico na lepra, pela operação da triplice artrodes (operação de Hoke)" Dr. Cassio Rosa. — O A. apresenta uma casuística de 5 doentes tratados, com 80% de resultados favoráveis.

Considerações sobre um cadastro toraxico no A. C. Pirapitingui — O dr. Heitor Prestes — Um estudo que o A. vem fazendo no Hospital de algum tempo para cá, visando verificar dentre os leprosos ali internados, a incidência da tuberculose. Do censo torácico obtido por 1.040 radioscopias obteve o seguinte resultado:

Campos pulmonares aparentemente normais 869- 83,5%; Imagens pulmonares patológicas... 33-3,2%; Anormalidades cardiovasculares 138- 13,2%.

As radiografias dos achados patológicos revelaram o seguinte:

1. ^a) Lesões o tipo residual. . .	-1
2. ^a) Lesões do tipo incipiente . .	-2
3. ^a) Lesões exsudativas pneumônicas	-1
4. ^a) Lesões fibro-caseosas comuns	11
5. ^a) Lesões fibro-caseosas cavitárias	14

Considerando essas alta incidência da tuberculose entre os internados, o A. chama a atenção para a importância desse serviço, afim de isolar em tempo as formas contagiantes e se poder também organizar a terapêutica correspondente. Em seguida é dada a palavra ao Prof. Austregesilo, que primeiramente agradece as referências a sua pessoa, feitas pelo dr. Queiroz

Senhor Doutor

Inumeros e valiosos trabalhos científicos e experiências realizadas por notáveis cientistas demonstram a ação poderosa do Fluor na prevenção da carie dentaria.

O ANTI-CARIE XAVIER

contem Fluor em quantidades ideais para garantir suprimento eficaz deste metaloide ao organismo humano.

+++

Indicações: — Tratamento preventivo da carie dentaria principalmente nas creanças. Poderoso recalcificante geral.

Formula: — Fluoreto de sodio — sulfato de cobre — sulfato de manganês — ferro reduzido — fosfato tri-calcico.

Dose: — 1 comprimido por dia, para creanças e adultos. Nos casos de grande incidencia da carie a dose deve ser dobrada.

Apresentação: — Vidro pequeno com 40 comprimidos. Vidro grande com 80 comprimidos. Embalagem hospitalar com 500 comprimidos.

+++

*Amstras e farta literatura à disposição dos Senhores
Dentistas e Medicos*

+++

Pedidos ao

LABORATORIO XAVIER

Rua Conde do Pinhal, n.º 52 — São Paulo.

Guimarães. Passando à sua conferência sobre "Psicoses na Lepra" faz referência de que já fôra partidário de que haveria de fato uma perturbação mental, condicionada pelo mal de Hansen, mas que posteriormente, após estudos mais demorados, pudera verificar que essas perturbações eram devidas mais a situação do doente em isolamento, do que a própria moléstia. Seria pois psicose dos encarcerados, uma psicose de situação.

Estando presente o dr. Wilson Brotto, neurologista do D.P.L., o

Prof. Austregelis indaga sobre suas observações nesse sentido. O dr. Brotto acedendo ao convite, narra que em seu serviço no Padre Bento, nunca pudera verificar um caso de psicose atribuída à lepra e assim entre as centenas de doentes de forma nervosa também não se deparou com essa perturbação. Aproveitando a oportunidade o dr. Brotto, saúda em brilhantes palavras o emerito professor, enumerando várias de suas obras que se acostumara a compulсар em sua prática diária.

Santa Casa de Misericórdia

REUNIAO DE 12 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Dr. Machado Campos

Serviço Nacional contra a Tuberculose — Dr. Rafael Paula Souza. Iniciou o conferencista afirmando que somente os possuidores de grande espírito público e de elevada dose de desprendimento poderão levar a cabo, com existo, a batalha que se trava, no país contra a chamada peste branca. Disse que, para que a luta contra a tuberculose possa ser empreendida com sucesso, necessário se torna que os esforços esparsos, que são envidados em varios pontos do país por entidades publicas e particulares, sejam centralizados e orientados por um órgão controlador, no caso, o Serviço Nacional contra a Tuberculose. O orador discorreu sobre as finalidades da campanha contra a tuberculose, que se desenvolve em todo o território nacional. Asseverou que é desejo do órgão central estimular e mesmo ajudar financeiramente as iniciativas particulares de combate ao mal, que se verificam em diversas cidades e setores. "A luta contra a tuberculose — disse — é nacional e não federal". Quis o conferencista com isso esclarecer que não pretende o Serviço contra a Tuberculose centralizar administrativamente os esforços de todos, mas, sim, auxiliar na medida

de suas possibilidades todos os que se interessam em dar combate ao mal.

Passando a outro ponto, referiu-se o dr. Paula Sousa ao anteprojeto já aprovado pela Câmara Federal, que deverá se tornar lei possivelmente este ano e que se refere à participação dos órgãos de previdência social na batalha contra a tuberculose.

O conferencista é de opinião que os Institutos de caixas de aposentadorias e pensões muito poderão fazer em prol da campanha, principalmente por contarem grande numero de associados, em sua maioria da zona urbana. O serviço de profilaxia da tuberculose que os insitutos deverão levar a cabo, na opinião do orador, poderá ser de grande alcance.

Apontou depois o orador os muitos planos de combate à tuberculose que já foram apresentados ao Governo Federal. Acentuou que a execução de tais planos demandaria verba avultada, justamente porque seus organizadores faziam o calculo do dinheiro a despende-se de acôrdo com a "amostre" colhida no Distrito Federal. Todavia, a tuberculose não se distribui uniformemente, de modo que pode ela ser atacada em todo o

país sem que para isso seja necessário desenvolver-se o trabalho em todo o território nacional. Fricou o conferencista que, segundo as estatísticas 80% dos obitos por tuberculose ocorrem em 6% dos municípios justamente nas grandes cidades, devido às condições de vida.

Após ter discorrido sobre a absoluta falta de técnicos especializados no combate à tuberculose, o orador informou que também no que toca ao numero de leitos, estamos bastante atrasados. Assim é que faltam, no Brasil doze mil leitos para tuberculosos. O orador é de opinião, todavia, que, em se trabalhando com boa vontade, esse deficit poderá ser superado dentro de pouco tempo.

Com referencia à profilaxia da doença, o orador discorreu longamente sobre o problema do contágio ressaltando o papel da visitadora social às casas de tuberculosos. Afirmou que os chamados dispensários que possuímos, em sua grande maioria, não satisfazem. O problema deve ser encarado como um caso social, em face da grande virulencia do microbio

e que, antes de curativa a assistência ao tuberculoso e a sua família deve ser preventiva.

O orador teceu considerações, ainda, sobre a eficacia da vacina B.C.G. Afirmou que os resultados dessa vacina, em nosso meio, são ainda pouco conhecidos, de vez que não se fizeram pesquisas em tal sentido. Citando dados estatísticos, o conferencista demonstrou a grande difusão da B.C.G. no Brasil, onde a vacina é tomada, geralmente, por via oral.

No que toca a verbas para dar combate à tuberculose, têm eias crescido de ano para ano. Em 1945, a campanha dispôs de quatro milhões de cruzeiros; em 1946, seis milhões; em 1947, sessenta milhões; em 1948, 76 milhões e em 1948 80 milhxes. Para 1950, ao que tudo indica, serão entregues à Campanha Nacional contra a Tuberculose 115 milhões de cruzeiros.

Declarou o orador que essas verbas não foram gastas totalmente justamente por não se ter certeza de que se poderia gastá-las com êxito fazendo-as reverter em benefício público.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 15 DE FEVEREIRO DE 1949

Presidente: Dr. Arnaldo Amado Ferreira

Dr. Moisés Marx — Depois da leitura do expediente, o sr. presidente comunicou à Casa o falecimento do distinto consocio dr. Moisés Marx, ocorrido no dia 12 deste mês, nesta capital. Foi o ilustre morto, alem de socio fundador desta Sociedade, por muitos anos seu 1.º secretario e, atualmente, presidente da Secção de Policia Técnica. O sr. presidente enfocou varios aspectos da vida do dr. Moisés Marx como um dos maiores conhecedores de assunto de Policia Técnica de nosso meio a quem a Policia de S. Paulo e a

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia muito deviam. Assinalou as principais fases de sua vida científica, as suas valiosas contribuições à Sociedade, dizendo que esta acabava de perder uma de suas marcantes personalidades, de maior prestigio no país e no estrangeiro, que muito a engrandecera com o seu saber.

Em homenagem à sua memoria, o sr. presidente levantou a sessão e fez ciente aos socios presentes que a Sociedade dedicará uma de suas próximas reuniões em homenagem à memoria do distinto con-

socio falecido. Ainda ficou deliberado que fosse enviado à exma. família enlutada, um ofício desta Sociedade, fazendo-lhe sentir o profundo pesar de que se acha possuída pela perda que sofrera. Co-

municou, por fim, que esta Sociedade fôra representada nos funerais do eminente consocio pelo seu presidente efetivo, prof. dr. Flaminio Favero.

Outras Sociedades

Associação Brasileira de Hemoterapia, sessão de 11 de fevereiro de 1949, ordem do dia: Drs. Osvaldo Mellone, Ari do Carmo Russo e Rui Monteiro de Arruda — “Considerações sobre o emprego de sangue de cadáver”. 2) Drs. Carlos da Silva Lacaz e Oscar Yahn — “Eritroblastose na primeira gravidez por sensibilização ao fator Rh por transfusão anterior”.

Associação Paulista de Medicina, Seção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dr. J. O. Coutinho e prof. Samuel B. Pessoa — “Sobre um foco autoctone de Esquistosomose mansônica em Jacaré, Brasil”. 2) Drs. R. R. Correia, G. R. Ramalho, A. A. Aguiar e J. Pascale — “Anomalias em ovos de anofelinos”.

Seção de Cirurgia, sessão de 10 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Estenose orgânica do jejuno — Drs. José Soares Hungria e Caetano A. Liberatori; 2) Apendicite aguda — Drs. José Soares Hungria e José Soares Filho; 3) Considerações Cirúrgicas sobre o Magacolo — Dr. Adalberto Ferraz.

Seção de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Prof. Aguiar Pupo — 1.º caso de pinta trepmemose disrônica, auctone na zona urbana de São Paulo (com apresentação do doente); 2) Drs. Antonio Francisco Defina e Alvaro A. Cunha — “Granuloma venéreo” — Um caso tratado pela streptomicina”. 3) Drs. Aurelio Arcona Lopes e A. Melo Milho — “Epidermicose por Rhodotorula”.

Seção de Pediatria, sessão de 15 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dras. Helda de Barros e Maria Valente — “Sobre a laquea dura do cordão”. 2) Considerações sobre a tuberculose ganglionar” — Relator, dr. Osvaldo Meng e discussão do diagnóstico dr. Marcelo Pio da Silva.

Seção de Patologia, sessão de 16 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dr. Milton do Amaral — Constituição da matéria. Moléculas e átomos. 2) Dr. Carlos da Silva Lacaz — Amidalites por fungos.

Seção de Neuropsiquiatria, sessão de 18 de fevereiro de 1948, ordem do dia: 1) Sobre um caso de Hemianopsia altitudinal inferior por Aracnóide Opóquiasmática — Drs. Roberto Malaragno Filho, Paulo Braga Magalhães e Rolando A. Tenuto. 2) Segunda viagem ao Alto-Xingü; Considerações Psico-Sociais sobre índice de algumas tribus da região — Dr. Silvio J. Greco.

Seção de Tisiologia, sessão de 23 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Apresentação de um aproximador costal — Dr. Bindo Guida Filho (convidado); 2) Resultados preliminares do uso do ácido para amino salicílico no empiema tuberculoso — Drs. Carlos Comenale Junio e Hugo Cerello.

Seção de Medicina, sessão de 24 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dr. Antonio Ferreira Filho — Diagnóstico das colecistopatias crônicas. 2) Prof. Felício Cintra do Prado — Indicação terapêutica das colecistopatias crônicas. 3) Dr. João Tranches — Apresentação de um caso clínico observado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante :

Silbe H. O. — Amsterdam

Distribuidores :

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 15 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dr. Rubens Belfort de Matos — Constituição em Oftalmologia. 2) Dr. Adriano Bonanomi — Anestesia local em Oftalmologia.

Sessão de 24 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Rubens Belfort — Constituição e Glaucoma. 2) Dr. Renato Toledo — Fisiologia e Fisiopatologia Vascular ocular.

Hospital de Juqueri, sessão de 3 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Encefalopatia infantil. Gangrena pulmonar; 2) Paralisia geral. Insuficiência cardíaca; 3) Debilidade mental. Brancopneumonia; 4) Arterioesclerose cerebral. Insuficiência cardíaca; 5) Arterioesclerose cerebral. Amolecimento cerebral; 6) Tabo-paralisia. Abscesso pulmonar. — Drs. Ursolina Pentead, Cyriaco Amaral Filho, José Olimpio Reis, Paulo Ferreira de Barros e Jonas Robin.

Sessão de 5 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Epilepsia. Edema cerebral. 2) Esquizofrenia. Tuberculose pulmonar. 3) Carcinoma gástrico. Caquexia — Drs. Ivo Bairão, Clineu da Costa Moraes e Jorge Cozzolino.

Sessão de 19 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Arterioesclerose. 2) Episódio alucinatório. Disenteria amebiana. 3) Paralisia geral — Insuficiência cardíaca; 4) Encefalopatia infantil — Tuberculos pulmonar. 5) Epilepsia — Tuberculose pulmonar. 6) Hepato e esplenomegalia. — Drs. Paulo de Barros Filho, Ivo Soares Bairão e Elio Montenegro, Laurival Roselli e Cyriaco Amaral Filho.

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 8 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Eleição da diretoria para 1949. 2) Paulo Sawaya — Sobre a presença de dois sérios venosos no coração dos Anfíbios Apodos. 3) M. Rebinowitch e D. Andrucci — Estudo histoquímico das fosfatases em medula os-

sea. 4) L. C. Junqueira — Estudos histoquímicos do meso e metanefro do embrião de galinha. 5) Michel Pedro Sawaya — O nome do sapo comum do Estado de São Paulo. 6) Domingos Valente — Canibalismo em Anfíbios Anuros.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de S. Paulo, sessão de 9 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Retoceles obstrução intestinal crônica (nota previa) — Dr. Raul Ribeiro da Silva. 2) Diagnóstico de laboratório da esquistosomose — Prof. João Alves Meira.

Sessão de 21 de fevereiro de 1949, ordem do dia: Hepatite aguda — Dr. Djalma Vasconcelos (Pernambucano).

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 23 de fevereiro de 1949, ordem do dia: Eclampsia — Dr. Luis Branco Ribeiro; Sobre 2 casos de tumor benigno do estômago — Dr. Levant Pides Ferraz; Considerações sobre ressuscitação — Dr. Alberto Caputo.

Sociedade de Medicina e Cirurgia, sessão de 15 de fevereiro de 1949, ordem do dia: 1) Dr. J. Martins de Barros — Incidência das mioléstias venéreas entre os Universitários paulistas. 2) Drs. D. de Oliveira Ribeiro e Sebastião de Almeida Prado Sampaio — Tuberculose ganglionar cervical tratada pela estreptomycina. 3) Drs. D. de Oliveira Ribeiro e Luís Dias Patrício — Cromomicose — forma nodular linfangítica.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, sessão de 15 de fevereiro de 1949, ordem do dia: Dr. Arnaldo Amado Ferreira — Avaliação de honorários médicos. Dr. Geraldo Alves Pedrosa — Traumatismo e Parkinson.

Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, sessão de 14 de fevereiro de 1949, ordem do dia: Dr. Paulo Aranha Azevedo — Catarata Patireopriva — Considerações em torno de um caso. Drs. Plínio Toledo

Piza e Roberto Farina — Blefaroplastica pela tecnica de Wiener-Lexer modificada.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 12 de fevereiro de 1949,

ordem do dia: 1) Natureza da reação de Mitsuda no cão — Dr. José Lopes Faria. 2) A importancia dos fatores predisponentes na epidemiologia da lepra — Dr. Marino Bechelli.

IMPrensa Médica de São Paulo

Sumário dos últimos números

Anais do Instituto Pinheiros, vol. XI, janeiro de 1948, 21. O cloreto de cálcio na hemocoagulação pelo veneno de *Bothrops jararaca* — Drs. Eduardo Vaz e I. Martirani; A influência de alguns lantes Metálicos na coagulação do sangue — Dr. Murilo Azevedo e Maria Cergueira; Método de dosagem de feno nos sôros e vacinas — Dr. Hercules V. De Campos e Joaquim R. de Campos e José Damiani; Enzimas Proteolíticas e Fermentação Enzimática — Dr. Hercules V. de Campos e Armando Del Vecchio; Os compostos de bismuto na terapia anti-sifilítica — Dr. Hercules V. de Campos e Damásio Feliciano; Cálcio e estrêncio na coagulação sanguínea — Dr. Murilo Azevedo e Maria B. Cergueira; Serviço Antirrábico Descentralizado do Instituto Pinheiros.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, LVI, dezembro de 1948, A localização das úlceras do estômago e do duodeno — Dr. Eurico Branco Ribeiro; Novas sobre malária e produtos antimaláricos — Dr. F. Caldeia Agodoal.

Arquivos de Biologia, XXXII, novembro-dezembro 1948, n.º 288 — A fecundação artificial nos animais — M. Maffi; Porque devemos dar especial atenção aos dentes na idade pre-escolar — Alfredo Reis Viagas; Sobre anticorpos maternos Rh, A e B, no soro e no leite — F. Ottensooer e R. Pasqualin; Da ação miotática e ciclopégica de um novo preparado: A Ciclopegina — Francisco Perri.

Boletim de Higiene Mental, V, 53, janeiro 1949 — O valor da enfermagem psiquiátrica — Dr. Mario Uahn.

Resenha Clínico-Científica, XVIII, janeiro de 1949, n.º 1 — Distúrbios psíquicos na encefalite epidérmica — A. L. Nobre de Mello.

Revista Brasileira de Leprologia, XVI, dezembro de 1948, 4 — Abrahão Rotberg e Nelson Souza Campos — Lepromino-reações em indivíduos sãos em S. Paulo, não comunicantes; Dr. Argemiro Rodrigues de Souza — Liqueen Plano no decurso do tratamento pelo Promin; Dr. Armando Ponde — Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretario de Educação e Saúde pela Superintendencia do Serviço de Profilaxia da Lepra, sobre a situação do Hospital Rodrigo de Menezes — S. Salvador — Baía; Ulysses Motta de Aquino — Lepromin Test, reação tardia em uma coletividade doente.

Revista Clínica de São Paulo, XXIV, setembro-dezembro de 1948, 3-4. Dr. José Lima Pereira de Freitas — Dados atuais sobre a distribuição de triatomídeos e Moléstia de Chagas na delegacia de Saúde de Sorocaba.

Revista do Hospital de N. S. Aparecida, I, outubro-novembro-dezembro de 1948, n.º 4. Duplo teste da velocidade sanguínea na determinação da capacidade funcional dos cardiacos — Dr. Quintiliano H. de Mesquita; Leiomioma maligno do intestino delgado — Drs. Eugenio Mauro e Vicente

D'Amato; Reto colite ulcerosa crônica — Dr. João Prado; Um caso de rotura central do perineo — Dr. Mario Augusto Motta; Contribuição para o estudo dos bloqueios do ramo — Dr. Quintiliano H. de Mesquita.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, VIII, dezembro de 1948, 12. A ação da Legião Brasileira de Assistência — Dr. Jorge Queiroz de Moraes; O departamento Estadual da Criança e a Mortalidade Infantil — Dr. Carlos Prado; O trabalho dos menores — Ulysses Doria; Hidrolizado de Cascina — Drs. J. Erik Jorpes, J. Henning Magnusson e Arvid Wretling.

Revista Paulista de Medicina, XXXIV, janeiro de 1949, 1 —

Impressão do "déjà vu". A propósito de um caso — Prof. A. C. Pacheco e Silva e Dr. J. Carvalho Ribas; Tratamento das moléstias do aparelho circulatorio — Prof. Jairo Ramos; Moléstias do sangue — Dr. Michel Jamra; Rim e hipertensão — Dr. Helio Lourenço de Oliveira; Glandulas de secreção intrna — Dr. Emilio Mattar; Fígado — Dr. Antonio Barros de Ulhoa Cintra; Terapêutica das doenças não tuberculosas do pulmão — Dr. Eduardo Etezel.

São Paulo Médico, XXI, vol. II, setembro-dezembro de 1948, 9-10. The problem of obesity — Max A. Goldzieher; Hypoglycemia — Max A. Goldzieher; O instinto sexual e a sensibilidade genital da mulher — Gabriel Hirtz.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Nova Diretoria — Acaba de ser eleito presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o dr. João Alves Miera, titular da mesma, professor da Faculdade de Higiene e Saude Publica, docente da Faculdade de Medicina e laureado diversas vezes pela Academia Nacional de Medicina.

Portador como é de tais títulos, cultura invulgar e caráter sem jaça, sua eleição para aquela honrosa investidura provocou grande contentamento e satisfação na classe médica de São Paulo, da qual é um dos mais fulgurantes ornamentos. Na sua erudição científica, na sua modestia e na sua bondade, revive a figura do seu ilustre e saudos progenitor, o querido e sempre lembrado professor Rubião Meira, de quem herdou o nome já consagrado na medicina indígena e que pela dedicação ao estudo e à investigação científica tem mantido bem alto, com dignidade exemplar.

Justa, bem merecida, portanto, a sua eleição para o elevado posto,

que é a presidencia da veterana Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Na secretaria geral continuará o dr. Nairo França French.

Para vice presidente foi eleito o dr. José Pereira Gomes, que no próximo exercício, passará automaticamente a ocupar a presidencia da Sociedade, e o fará pela segunda vez.

Presidentes de Secções: Medicina Geral, dr. Antonio Barros de Ulhoa Cintra; Cirurgia Geral, dr. Eurico Branco Ribeiro; Medicina Especializada, dr. Nelson Souza Campos; Cirurgia Especializada, dr. Edison de Oliveira; Ciencias Aplicadas à Medicina, dr. José Maria Cabello Campos; Medicina Social, prof. dr. Francisco Antonio Cardoso.

Comissão de Patrimônio: prof. Carlos Gama, dr. Oscar Cintra Gordinho, prof. Alipio Corrêa Neto, dr. Pedro Ayres Neto.

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL :

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS MANIFESTAÇÕES

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

Concurso de Monografias sobre a Lepra

Entrega de premios — Realizou-se no dia 15 de fevereiro, no Rio de Janeiro, no gabinete do titular da pasta da Educação e Saude, a entrega dos premios conferidos aos autores dos trabalhos classificados em primeiro lugar no concurso de monografias sobre lepra, promovido em 1948 pelo Serviço Nacional de Lepra.

Os trabalhos classificados versam sobre "Lepra na infancia" e "Reação leprótica" e foram elaborados pelo dr. Lauro de Souza Li-

ma, em colaboração, o primeiro, com o dr. Nelson de Souza Campos e, o segundo, com o dr. Flavio Maurano. Cr\$ 10.000,00 para cada trabalho foram entregues aos autores pelo ministro Clemente Mariani. Esses três especialistas conquistaram nos concursos realizados em anos anteriores pelo Serviço Nacional de Lepra premios por classificações idênticas conseguidas pelos seus trabalhos, os quais estão enfileirados no "Tratado de Lepra" que o Ministerio da Educação vem editando.

Pênfigo Foliaceo

Resultados terapêuticos — O coronel Herbert Maia de Vasconcelos, titular da pasta da Saude, visitou em fevereiro último o Instituto do Pênfigo Foliáceo, dirigido pelo dr. João Paulo Vieira, ilustre dermatologista patricio e docente da Universidade de São Paulo.

Depois de percorrer todas as instalações e dependencias do Hospital, o titular da pasta da Saude tomou conhecimento de alguns importantes dados relativos aos resultados terapêuticos alcançados no combate ao terrível "fogo selvagem" não se furtando posteriormente, a divulga-los aos jornalistas que se acercaram de s. excia.

Assim fomos informados de que os resultados têm sido sobremaneira animadores, bastando dizer que, sobre um total de 1.022 doentes fichados, tanto deste Estado como de outras unidades federativas brasileiras, o indice de curas completas, radicais, foi de nada menos de

vinte por cento (20%), além das curas parciais ou temporarias, cuja percentagem é ainda bem maior. Acresce notar que os métodos e sistemas, empregados no combate ao pênfigo foliáceo pelo dr. João Paulo Vieira vieram revolucionar, inicialmente, a ciencia medica especializada nesse setor, sendo, logo mais, aprovados e, mesmo insistentemente recomendados por eminentes cientistas que também se dedicam à luta contra a moléstia.

Sendo mais do que um simples hospital de tratamento clínico, pois o seu aparelhamento científico incute ainda um laboratório de anatomia patológica, o que o transforma num verdadeiro centro de pesquisas, análises e estudos da moléstia, o Hospital é o unico no Mundo que leva à frente a guerra ao "fogo selvagem", motivo porque tem atraído as atenções de inumeros cientistas de outros países.

— CONTRA DORES —

Troipel

— COMPRIMIDOS —

Homburg





Legião Brasileira de Assistência

Centro de Estudos Medico-Sociais — Acaba de ser organizado na Casa Maternal da Infância Leonor Mendes de Barros, da Legião Brasileira de Assistência (Comissão Estadual de São Paulo) o Centro de Estudos Medico-Sociais, cuja finalidade é promover a discussão e estudo dos problemas médicos e sociais de nosso país.

A diretoria da novel instituição está assim organizada:

Presidente de honra, dr. Jorge Queirós de Moraes, presidente da Comissão Estadual da L.B.A., de São Paulo; presidente dr. W. de Sousa Rudge, diretor-clínico da Casa Maternal e da Infância Leonor de Barros; secretário dr. Artur de Almeida, chefe de clínica; tesoureiro, dr. Osvaldo Lacrete, chefe de clínica; bibliotecário, dr. Luciano Endrizzi, chefe do Banco de Sangue.

Sociedade Médica São Lucas

Nova Diretoria — Realizou-se no dia 7 de fevereiro no salão da biblioteca do Sanatório São Lucas, uma reunião da Sociedade Médica São Lucas, para eleição da diretoria do ano social de 1949 e que ficou assim constituída: presidente, dr. Waldemar Machado; vice-presidente, dr. Antonio Nogueira Martins; 1.º secretário, dr. Eurico

Branco Ribeiro; 2.º secretário, dr. Moacyr Boscardim; 1.º tesoureiro, dr. Ernesto Afonso de Carvalho; 2.º tesoureiro, dr. Osias Izidoro Santos Filho; bibliotecário, dr. José S. Faria; conselho consultivo: drs. João Noel von Sonnleithner, Gedeon de Oliveira, Luis Migliano, Oscar Isidoro Antonio Bruno e Generoso Concilio.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Nova Diretoria — Em novembro de 1948 foi eleita nova Diretoria para reger os destinos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, em 1949. A nova Diretoria está assim constituída: Presidente — Dr. Antônio Augusto de Almeida; Vice-Presidente — Dr. Olimpio Miranda Filho; 1.º Secretário — Dr. Saulo Barbosa; 2.º Secretário — Dr. Antonio Pires Barbosa; Tesoureiro — Dr. Alcides

Gomes Miranda; Bibliotecário — Dr. Moisés liberman; Comissão de Medicina — Dr. Francisco Toledo, Dr. Laerte de Moraes e Dr. Clovis de Peixoto; Comissão de Cirurgia — Dr. Armando da Rocha Brito, Dr. Luis de Tela e Dr. Hermes Braga; Comissão de Redação do Boletim — Dr. Licurgo de Castro Santo Filho, Dr. Guedes de Melo Filho e Dr. Roldão de Toledo.

Brevemente

5.º volume dos "ESTUDOS CIRÚRGICOS"

do Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Preço: Cr \$ 80,000

Pedidos ao autor: Caixa Postal, 1574 — São Paulo

Associação de Medicina e Cirurgia de Rio Claro

Sua fundação — Num ambiente de franca solidariedade e entusiasmo, realizou-se no dia 28 de janeiro, em Rio Claro, a primeira reunião que congregou a totalidade da classe e fundou a Associação de Medicina e Cirurgia de Rio Claro, dada a necessidade de participarem os médicos na solução de seus problemas e aspirações científico-sociais. E' intenção da Associação prestigiar e desenvolver na cidade

as iniciativas da Associação Paulista de Medicina.

Por proposta do dr. Francisco Penteado Junior, delegado da Associação Paulista de Medicina, foi eleita por unanimidade a primeira diretoria, que ficou assim constituída: presidente, dr. Eduardo Dias Coelho; 1.º secretário, dr. Alan Ferreira Braga; 2.º, dr. Godofredo Pignatari; tesoureiro, dr. José Mariano.

Necrológio

Dr. José Barbosa de Barros — Não só nos meios culturais de São Paulo e de Campinas, mas toda a sociedade paulistana e campineira, sentiram-se vivamente feridos com a notícia do inesperado trespasse do dr. José Barbosa de Barros em dias de fevereiro último.

E' que, além de inesperada, a morte do dr. Barbosa de Barros veio arrebatá-lo ao convívio e ao proveito de seus coestaduanos uma das nossas individualidades mais ricas em predicados médicos.

Oriundo de velha família paulista, e consorciado com dona Ursula de Camargo Barros o dr. Barbosa de Barros se fez um prototipo excepcional de pai de família, revivendo — pela numerosa e vigorosa corôa de descendentes que tão bem formou e que o rodeavam de carinhos e solícitudes — a figura dos nobres e ditosos patriarcas que tanto enalteciam e dignificavam a gente paulista. Médico, o dr. José Barbosa de Barros chegou a criar em Campinas uma como que escola, tal a irradiação envolvente que dimanava de sua personalidade impressiva e suavemente empolgante. Aliás era essa característica que o fazia sempre ardentemente desejado à cabeceira dos enfermos, que nele tinham, a um tempo o medico dedicado e o mais desvelado dos amigos, a exercer, pela

sua simples presença, sobre o doente e sobre os seus familiares, uma influência salutar de animo e soerguimento. Na esfera da ação medico-social, são varias e esplendidas as realizações e merecimentos do ilustre morto, a quem se deve a fundação da grandiosa e benemérita Maternidade de Campinas, a primeira que se fundou no interior do Estado e que êle soube elevar a um nível de verdadeiro padrão nessa delicada especialidade medico-cirurgica. Amparo Maternal, sociedade que se destina à assistência integral à mãezinha solteira, e que nesse escopo está prestando tantos e tão comovedores serviços, teve no dr. Barbosa de Barros um dos fundadores e o mais dedicado e incansavel protetor. Ademais, foi presidente da Cruz Vermelha Brasileira, secção de São Paulo, chefe da Clínica da Maternidade de São Paulo e Diretor Clínico da Beneficencia Portuguesa, tanto de São Paulo como de Campinas; e em todos esses cargos soube votar o maximo de carinhosa dedicação, a par da mais alta e nobre capacidade clínico-cirurgica.

Falecendo aos 72 anos, do seu consorcio com dona Ursula Barbosa de Barros, deixou os seguintes filhos: dr. Jarbas Barbosa de Barros, medico, casado com d. Lucia Brito de Barros; Lucia, já falecida;

MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um produto balsâmico obtido pela destilação dos brotos, agulhas e ramísculos do *Pinus Pumilio*, pequena conífera que vegeta nas rochas das altas montanhas dos Alpes Dolomíticos, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades therapeuticas do **MUGÓLIO** baseam-se em suas acções balsamica, antiputrida e anticatarrhal.

O **MUGÓLIO** encontra, pois, indicação em todas as afecções das vias respiratorias, agudas e chronicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os suores nocturnos; restabelecem-se o sono e o appetite; observa-se notavel melhora na taxa hemoglobínica e no quadro hematico de onde, como consequencia, o augmento de peso e acceleração da cura.

Mugólio injectavel

sob 3 fórmulas:

- * **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- * **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLICO** - I e II grãos
- * **MUGÓLIO LECITHINADO** - I e II grãos

- * **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 0/0 em óleo de vaselina
- * **RINO MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 0/0 de ephedrina
- * **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 0/0 em vehiculo xaraposo.

LABORATORIOS REUNIDOS CALOSI-DALLARI
INST. SÔRO-HOMOTERAPICO NACIONAL S/A

RUA DA GLÓRIA, 674
S. PAULO

Cecilia, casada com o sr. Otavio de Camargo Moraes; Jorge, casado com d. Heloisa Martins Barros; Heloisa, casada com o dr. José Sampaio de Freitas; Sonia, casada com o dr. Paulo Sawaya; José Carlos, casado com d. Lucia Lei-

tão de Barros; Madre Maria Lucia, das Conegas Regulares de Santo Agostinho; Irmã Edith Maria, das Missionarias de Jesus Crucificado; Maria de Lourdes, Antonio Americo, Francisco José e Luis Alberto, solteiros. Deixa ainda varios netos,

CONGRESSOS MÉDICOS

IV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetricia

Sua realização na Baía — Promovida pela Secção de Ginecologia e Obstetricia da Associação Baiana de Medicina e pelas congêneres dos outros Estados, realizar-se-á em Salvador, capital da Bahia, de 14 a 17 de julho do corrente ano, a IV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, que terá o patrocínio do governo daquele Estado. Os temas oficiais são os seguintes:

a) Indicações da histerectomia total (Rio de Janeiro); b) Fistulas

uro-genitais (Minas Gerais); c) Descolamento prematuro da placenta (São Paulo). Relatores: E. Martins Passos e José Gallucci; d) Conceito atual do abordo terapêutico (Bahia). Relator: J. Adeodato Filho.

A diretoria da Secção de Ginecologia e Obstetricia da Associação Paulista de Medicina está recebendo as inscrições dos trabalhos de contribuição aos temas fociais que serão levados à Bahia pelos especialistas de São Paulo.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Tratamento das úlceras gastroduodenais

A Aminase — O papel terapêutico da histidina e do triptofano no tratamento dos síndromes ulcerosos foi largamente estudado por notáveis pesquisadores, cujos resultados fortaleceram a teoria que aponta a úlcera gastroduodenal como sendo "doença de carência". Nesse sentido, foram publicados brilhantes ensaios sobre os amino-ácidos, tendo-se conseguido isolar, com cisão da molécula protéica, um amino-ácido — a "histidina" — que, aplicada ao tratamento das úlceras gastro-duodenais, deu resultado dos mais animadores.

Valhard, H. Hessel, Bogendoerfer, E. Bulmer e vários outros pesquisadores estudaram, de forma

exaustiva e concludente, o papel do triptofano e da histidina no tratamento das síndromes ulcerosas, no âmbito do canal alimentar. As estatísticas, nesse sentido, são bastante eloquentes quanto à eficiência de tais recursos terapêuticos. Portanto, hoje é um fato inconteste a ação benéfica da amino-ácidotrapia sobre as úlceras gastroduodenais.

A par da ação cicatrizante, ocorre, também, uma nítida ação analgésica sobre o processo ulceroso.

Desse magnífico recurso de tratamento, fez-se a associação ao método já clássico da pepsinoterapia, que, como é sabido apresenta a ação de um coloide positivo e

um coloide específico. Como coloide positivo, é substituto das diversas albuminas e mesmo das vacinas, das quais possui o poder de produzir choque; como coloide específico, parece ter uma ação, bem mais perfeita e bem mais eficaz de que todos os outros produtos empregados.

Para remate de perfeição, foi acrescentada adequada percentagem de brometo de sódio e sulfato de atropina, componentes estes de ação terapêutica demasiadamente conhecida, considerada como adjuvante e de evidente benefício para o paciente.

Do exposto resultou atualmente no campo da especialidade farmacêutica uma nova preparação terapêutica, racional e original, de autoria do farmacêutico prático J. Pelosi. A sua estrutura farmacológica e a sua ação farmacodinâmica possibilitaram os mais evidentes e magníficos resultados no tratamento das úlceras gastro-duodenais, úlceras justa-pilóricas, gastrites hiperclorídricas e epigastralgias sem processos ulcerosos. É a "Aminase" — medicação específica de triptofano, cloridrato de his-

tidina, sulfato de atropina, brometo de sódio e Pepsinase.

Ao emprego da "Aminase" seguem-se melhoras clínicas e anatômicas facilmente controláveis, médica e radiologicamente, o que só pode ser interpretada como uma legítima ação específica da medicação em aprêço. Embora a observação clínica e o exame objetivo direto pela radioscopia anunciem melhoras positivas, o tratamento deve ser continuado, com intervalos de descanso, evitando-se assim, uma possível recidiva.

Há, no tratamento das úlceras gastro-duodenais (dois pontos de grande valor terapêutico: a observância, indispensável, de um regime alimentar adequado, de prescrição médica, e o controle radiológico, frequente, da região ulcerosa.

Essas medidas serão, naturalmente, orientadas pelo médico assistente em proveito do paciente.

"Aminase" apresenta-se contida em ampôlas de 2cc, para uso intramuscular diário, ou em dias alternados, de conformidade com o critério médico.

LITERATURA MÉDICA

Livros Recebidos

Pathologie Médicale, Benzançon e outros, vols. VII e VIII, Masson et Cie, (120, Boulevard Saint Germain), Paris, 1948.

A conhecida editora que é a casa Masson et Cie. acaba de lançar os volumes VII e VIII da sua apreciada coleção de "Précis de Pathologie Médicale". O primeiro desses volumes é consagrado às doenças do sangue e dos órgãos hematofoiéticos, às intoxicações e ao cancer. Encerra, assim matéria das mais importantes e com a qual diariamente se vê a braços o clínico, constituindo-lhe um guia precioso para muitas contingências, tanto mais que é obra completamente modernizada, sob a orien-

tação de Weil Vitry, Paraf e Mosingier, expressões da nova medicina francesa. O volume aparece em 5.a edição, com 632 páginas, nas quais se vêem 164 planchas a cores. O outro volume é consagrado às doenças do sistema endócrino, assunto de palpitante atualidade, em que cada dia surgem novidades. O volume aparece em 2.a edição e é da autoria de Lézary e Lenègre, ambos professores da Faculdade de Medicina de Paris. Para se avaliar o quanto é moderno este livro, basta dizer que a 1.a edição foi feita em 1946, e que já se precisou aumentar alguns capítulos, entre os quais os que tratam da diabeta aloxânica,

da histologia patológica de certos adenomas da hipófise e do papel das células de Crooks. O volume tem 176 páginas, com 155 figuras.

Já está anunciado o volume IX, que versará sobre doenças do tubo digestivo. O volume VII custa 1500 francos e o VIII, 1550 francos.

Palestrando com os nervosos — Virgílio de Camargo Pacheco — 136 págs. — Edigraf Ltda, São Paulo, 1948.

A feitura deste oportuno e excelente livro do dr. Virgílio de Camargo Pacheco — clínico de reconhecida experiência no trato com os nervosos — "obedeceu a repetidas sugestões de clientes desejosos de encontrar, em forma condensada, os modernos conceitos referentes à interpretação do mecanismo geral das neuroses. Isso, ao lado de conselhos e instruções que fossem úteis a eles, e ao mesmo tempo, colocassem seus familiares em condições de lhes prestarem assistência mais compreensiva. Tudo vasado em linguagem perfeitamente ao alcance dos leigos". Principalmente por esta característica da obra — divulgação ao alcance do grande público, — Palestrando com os Nervosos — vem merecendo acolhida auspiciosa, sendo um dos "best-sellers" na capital, já há duas semanas ou mais.

Entre outros assuntos, desenvolve o autor os seguintes temas: Pensamento Mágico e Lógico, Ansiedade Constitucional e Adquirida, A Crise de Nervos, Manifestações Físicas da Ansiedade, Fobias e Obsessões, Formas de Neuroses, Reações Neuróticas nas Doenças Orgânicas, Neuroses com Raízes no Instituto Sexual: a) da criança; b) do pubere; c) do adulto; e Sexualidade e Reações Neuróticas no Casamento e Idade Crítica. (Da "Folha da Manhã").

Los desordenes de la menstruación q su tratamiento — Emilio Colombo, El Ateneo (340, Florida), Buenos Aires, 1949.

Trabalho dos mais valiosos, este é dos que honram a produção

médica argentina, confirmando o alto conceito em que é tida, tanto que o Brasil é um dos melhores mercados dos livros médicos publicados no vizinho país do sul do Continente. Estudando a inter-relação prehipófiso-ovárica, o A. realizou uma série de interessantes experiências, realizadas sob apurado critério, de forma a obter conclusões das mais valiosas. Fundamentando-as, apresenta vistosa e convincente documentação original, que muito valoriza o seu trabalho. Na segunda parte do livro cuida das desordens da menstruação e seu tratamento, apoiando-se nos dados de investigações pessoais relatados na primeira parte. Por fim, analisa, num apêndice, as interferências hormonais na inter-relação normal prehipófiso-ovárica. Como se vê, não só aos endocrinologistas será útil a leitura deste livro, mas também aos ginecologistas, obstetras e mesmo aos clínicos em geral. O volume contém 328 páginas, com 159 excelentes ilustrações.

Uma Investigação de Paternidade — Alberto da Rocha Barros, Empresa Gráfica Revista dos Tribunais, São Paulo, 1949.

O presente volume encerra as razões apresentadas pelo A. em um processo em que se fez investigação de paternidade. O trabalho é interessante não só do ponto de vista jurídico, mas também encerra matéria que ao médico apraz ler e discutir. Além da parte em que o advogado expõe os seus argumentos, o volume contém o laudo pericial do prof. André Dreyfus, minuciosamente fundamentado, e a sentença do juiz de direito de Jaboticabal, dr. Fábio de Souza Queiroz, reconhecendo a paternidade pleitada.

Pathologie du pancréas — Cahen e outros, Edições Acta Medica Belgica (64, rue de la Concorde), Bruxelas, 1948.

O presente volume encerra os trabalhos apresentados ao X Congresso Belga de Cirurgia, que versou sobre a patologia do pâncreas. Numerosas e valiosas contribuições

DRENASE

DRENAGEM MÉDICA DAS VIAS BILIARES

"A antissepsia biliar não é possível sinão pelo fluxo da bile" (Fiessinger N.). Para desinfetar é preciso drenar. • "A estase biliar lesa a célula hepática porque a estase se propaga até ela. (Congresso da Insuficiência Hepática. Vichy 1937). • Para impedir a litíase é preciso impedir a estase e a infecção que são, além do fator humoral fundamental, os dois grandes fatores da litíase. • Drenase aplica e res-
peita estes grandes princípios da terapêutica hepático-biliar.

• Drenase é apresentada sob a forma de granulado solúvel, comportando para 100 partes: 30 partes de citrato de magnésia; 10 partes de peptona; 40 partes de lactoserum, e açúcar.

• O citrato de magnésia possui a mesma ação qualitativa que o sulfato, porém não tem sobre o epitélio intestinal a sua ação irritante. • Tomar em jejum uma a duas medidas de Drenase, em meio copo d'água morna. Deitar-se em seguida 10 minutos sobre o lado direito, e aguardar meia hora antes da primeira refeição.

• CONGESTÃO HEPÁTICA. LITÍASE HEPATO-BILIAR. ICTERÍCIA. DISPEPSIAS HEPATO-BILIARES. ALERGIA DIGESTIVA. ENXAQUECAS. URTICÁRIA. EDEMA DE QUINCKE.



LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RIO DE JANEIRO

Matriz: Rua Riachuelo, 242 — C. P. 484 — Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — S. Paulo

foram discutidas, abrangendo todos os capítulos da patologia dessa glândula para quem deseje se por aos conhecimentos atuais dos problemas patológicos do pâncreas. O volume tem pouco mais de 500 páginas com numerosas ilustra-

ções.

"Seguro Social no Brasil" — Durval Rosa Borges — Livraria José Olímpio, São Paulo, 1949.

São de "A Gazeta" estas apreciações:

O dr. Durval Rosa Borges, ilustre médico, acaba de editar seu importante trabalho sobre "Seguro Social no Brasil". Trata-se de um alentado volume, em que o autor estuda a matéria com conhecimentos profundo e desenvoltura iluvulgar. Já no prefácio, que é assinado por Gilberto Freyre, lê-se com a responsabilidade desse notável sociólogo:

"Um jovem médico inteligentemente voltado para os problemas sociais de medicina, o dr. Durval Rosa Borges, escreveu sobre questões de assistência e seguro páginas a que não pode ser indiferente brasileiro nenhum que se preocupe com o Brasil ou que se dedique a estudos de sociologia ou economia. Pois o livro tanto é interessante sob o aspecto melhorista como sob o socio-econômico com que tais questões se apresentam à atenção de qualquer de nós, atraindo a uns mais pelas sugestões humanitárias e outros, principalmente, pelas suas implicações de natureza sociológica ou econômica, susceptíveis de exame, até, certo ponto, objetivamente científico".

Alberto Freyre alonga-se na apreciação da magnífica obra, e entre outras observações, diz:

"Em conjunto, porém, apresenta-se o dr. Durval Rosa Borges, com um trabalho que honra sua geração. Que honra sua mocidade e sua inteligência. Um trabalho honesto e sólido. Trabalho viril de pioneiro. São páginas, as do seu ensaio, que reúnem não só verdadeira riqueza de documentação como riqueza igual de observações inteligentes.

Feitas por quem conhece o assunto em seus aspectos mais íntimos, e não apenas nos mais evidentes, essas observações se impõem particularmente à atenção dos brasileiros de responsabilidade intelectual ou política interessados no estudo ou empenhado na solução de problemas de assistência e de seguro social em nosso país. Raro, porém, o brasileiro, simplesmente culto que possa conservar-se alheio às sugestões de um ensaio como o dr. Durval Rosa Borges sobre Seguro Social no Brasil".

O volume está dividido em quatro grandes capítulos: "Introdução histórica"; "Seguro Social no Brasil"; "Crítica ao Seguro Social no Brasil" e, "Futuro do Seguro Social Brasileiro".

O importante trabalho merece a atenção dos que se interessam pelo magno problema e o ilustre autor, na conclusão final diz:

"O futuro do Seguro Social no Brasil está na dependência de um planejamento exequível, sem arroubos de grandeza nem estreitezas de horizontes, e ainda de uma vigilância constante e bem orientada. O sentido técnico de sua administração, a inversão honesta e proveitos de suas reservas, a extensão progressiva para novos grupos demográficos, a simplificação violenta de seus métodos, a maior amplitude dos seus serviços médicos, a colaboração com outros serviços assistenciais, serão as condições principais capazes de transformar o que possuímos atualmente em um poderoso fator de progresso e do desenvolvimento pacífico.

Para que essas condições sobrevenham é indispensável, preliminarmente, que o Seguro Social seja considerado por todos como um elemento útil que deve ser preservado e defendido a todo custo. Para isso é preciso ser compreendido".

O dr. Durval Rosa Borges, num elegante gesto, destinou os proventos da edição ao Departamento de Previdência da Associação Paulista de Medicina.

-
-
-
-
0
le
os
-
e
is
-
-
-
-
-
-
a-
-
-
-
-
-
a
e-
u-

no
m
r-
e-
na
n-
d-
e
x-
u-
ão
or
é-
os
n-
s-
n-
o-
ci-

re-
ar-
ja
um
er-
to.
en-

um
ro-
en-
ão